बच्चालाई कसरी दिने सिपिआर ? | कसरी न्यूनीकरण गर्ने विषादी ?



म. क्षे. हु. नि. द. नं. १३/०७४/०७५ वर्ष १० अंक १, २०७६ साउन

राष्ट्रिय मासिक

स्वास्थ्य खबरपत्रिका

swasthyakhabar.com

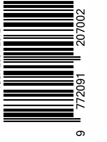
नर्सिङ शिक्षा

गुणस्तरहीन कलेज

कमजोर उत्पादन

विश्वविद्यालय र
सिटिइभिटीका
पदाधिकारीकै मिलेमतो

मूल्य रु. ५०/-







SENSODYNE
REPAIR & PROTECT
POWERED BY NOVAMIN



STRONGER REPAIR*
सेन्सिटिभ दाँतका लागि





संसारको नं. १ सेन्सिटिभिटी टुथपेष्ट#

"म सेन्सोडाइन प्रयोग गर्ने सुझाव दिन्छु ।"
- डा. निशा फर्मा
UK मा प्राक्टिस गर्दै आएका डेन्टिस्ट

#२०१६ अप्रिल ३० तारिखसम्मको १२ महिने Retail Value Sales तथ्यांकमा आधारित । दाँतको सेन्सिटिभ भागमा सुरक्षा कवच बनाउँछ ।
*पुरानो Sensodyne Repair & Protect को तुलनामा Novamin र Sodium Monofluorophospate (SMFP) ले गर्दा
सेन्सिटिभ दाँतले तत्काल उपचारको संकेत गर्न सक्छ, यदि दाँतमा निरन्तर समस्या देखिएमा डेन्टिस्टसँग परामर्श लिनुहोस् ।
प्याकको निर्देशन अनुसार प्रयोग गर्नुहोस् । नियमित रूपमा आफ्नो डेन्टिस्टलाई भेट्नुहोस् । SENSODYNE GSK ग्रुप अफ कम्पनीको ट्रेडमार्क वा license हो ।

‘रोग लाग्नै नदिनु, प्रयत्न तपाईको
केही भए, उपचारमा साथ दिने वाचा हाम्रो’



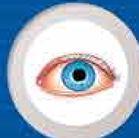
रू. ५० लाख सम्म

घातक रोगहरूको उपचार खर्च#


फोक्सो सम्बन्धि रोग


पार्किन्सन्स रोग

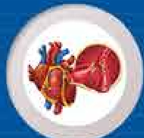

क्यान्सर


पूर्ण अन्धोपन


कोमा

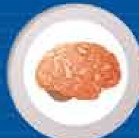

महाधमनी शल्यक्रिया


पहिलो हृदयघात


चेष्ट सिएबिजि


उच्च रक्तचाप


बोन म्यारो प्रत्यारोपण


अल्जाइमर


मस्तिस्कघात


मल्टिपल स्क्लेरोसिस


तेश्रो डिग्रिमा-पोलेको

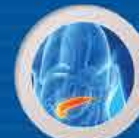
शर्तहरु लागु हुनेछ


मृगौला विफलता


कलेजा विफलता


अंग पक्षघात


मृगौला प्रत्यारोपण


प्यानक्रिया प्रत्यारोपण


मुटुका भल्भहरुको मर्मत



नेपाल लाइफ
इन्स्योरेन्स कं. लि.

किनकि जीवन अमूल्य छ...





नर्सिङ शिक्षा
कमजोर उत्पादन



अन्य सामग्री

वर्ष १०, अंक १, २०७६ साउन, काठमाडौं
जि.प्र.का.द.नं.: २९८/०६६/०६७

राष्ट्रिय मासिक
स्वास्थ्य खबरपत्रिका

प्रकाशक
अनिल न्यौपाने

ग्रुप सम्पादक
नारायण अमृत

सम्पादक
प्रवीण ढकाल

मेडिकल सम्पादक
डा सुवास प्याकुरेल

समाचार सम्पादक
डिबी खड्का

डेस्क सम्पादक
फणीन्द्र संग्राम
अनुराग अधिकारी

वरिष्ठ संवाददाता
कल्पना पौडेल

संवाददाता
बुनु थारु
सिर्जना खत्री
बिन्दु शर्मा
राजेन्द्र आचार्य (चितवन)
दीपा पौडेल (प्यूठान)
ईश्वरी पौडेल (पोखरा)
शेरबहादुर ऐर (कैलाली)

कानुनी सल्लाहकार
डा रमेश पराजुली (अधिवक्ता)

डाइरेक्टर- मार्केटिङ
बुद्धि कटेल

एक्जुकेटिभ-सेल्स एन्ड मार्केटिङ
समिप भुषाल

लेखा
असु पोखरेल

फोटोग्राफी
निमेष जंग राई (संयोजन)
सौरभ रानाभाट
दिलिप गौतम

डिजाइन
एलबी कटवाल

प्रिन्टिङ
जगदम्बा प्रेस

वितरक
काष्ठमाण्डप डिस्ट्रिब्युसन प्रालि (काठमाडौं)
ग्लोबल मिडिया सलुसन (बुटवल)
सफल मिडिया हाउस (पोखरा)
विराट मिडिया सर्भिस (विराटनगर)
शुभकामना स्टेशनरी (नेपालगन्ज)
जनता बुक स्टल (घोराही, दाङ)
माईस्थान बुक स्टल (विरगन्ज)
अल्फा पत्रिका कर्नर (सुर्खेत)
शुक्ला पुस्तक भण्डार (धनगढी)
आदर्श मिडिया हाउस (चितवन)

सम्पर्क ठेगाना
हेल्प पब्लिकेसन प्रा. लि.
अनामनगर, काठमाडौं, पो.ब.नं. १२८५३
फोन नं.: ०१-५७०५०५६
healthnewspaper@gmail.com



सम्पादकीय

नर्सिङ शिक्षण सुधार

नर्सिङ अभ्यासका लागि नर्सिङ काउन्सिलले लिएको पछिल्लो लाइसेन्स परीक्षामा ६५ प्रतिशत अनुत्तीर्ण भए । अर्थात्, परीक्षामा सामेल भएका प्रतिसय जनामध्ये ३५ जना मात्रै नर्सिङ अभ्यासका लागि योग्य भए । स्वाभाविक छ, परीक्षा दिएकाहरु सबै उत्तीर्ण हुन पनि सक्छन्, नहुन पनि सक्छन् । बाँकी पनि अर्को परीक्षामा उत्तीर्ण होलान् । तर संवेदनशील क्षेत्रमा आएको यो नतिजालाई सहजै लिन मिल्दैन । बेवास्ता गर्न पनि मिल्दैन ।

नर्स र नर्सिङका विषयमा धेरैले पढेका छन्, सुनेका छन् । त्यसबाट दिमागमा निर्माण भएको चित्र र अस्पतालमा आफैंले भोगेको नर्सका बारेमा आकाश-जमिनको अन्तर पाउने बिरामीको संख्याको विषयमा आधिकारिक तथ्यांक उपलब्ध नभए पनि अनुमान गर्न भने सकिने विषय हो । त्यो उत्साहजनक पक्कै छैन । यद्यपि, उत्साह प्रवाह गर्ने नर्स हुँदै नभएका पनि होइनन् । त्यसको लेखाजोखा फरक सन्दर्भमा भएकै छ, हुने नै छ ।

माथिका दुवै सन्दर्भ नतिजा मात्रै हो । समस्या नर्स उत्पादन प्रक्रियामा छ । त्यसमाथि गरिएको सुनौलो व्यापारमा छ । दुर्भाग्यचाहिँ के हो भने, त्यो व्यापारको ठूलो हिस्सा सही मान्छेको हातमा छैन । 'फ्लोरेन्स नाइटिंगेल'को जीवनी पढेर यो पेसाप्रति आकर्षित भएको ठूलो समूहको आर्थिक दोहन गर्नेमा यो केन्द्रित छ । सिकाउने र परिपक्व बनाउनेतिर फिटिक्कै ध्यान नदिने तर मासिक आम्दानीको हिसाबकिताबमा मग्न व्यापारीको पकडबाट यो क्षेत्रलाई बाहिर ननिकाल्ने हो भने यस वर्षको ६५ प्रतिशतमा अर्को वर्ष केही प्रतिशत थपिने मात्रै हो ।

नेपालमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको माग उठ्न थालेको धेरै भइसकेको छ । यो जनताको अधिकार पनि हो । स्वास्थ्यसँग जोडिएका यस्तै क्षेत्रको सिकाइ प्रक्रियालाई गुणस्तरीय बनाए मात्रै त्यसको सुनिश्चित हुनसक्छ । तर अपारदर्शी ढंगले नर्सिङ शिक्षाका लागि सम्बन्धन दिएर जनअधिकारमाथि पानी खन्याउने काम भइरहेको छ ।

सम्बन्धनबाट सुरु भएको अपारदर्शी खेलले शिक्षण प्रक्रियामा पनि निरन्तरता पाउने नै भयो । पर्याप्त शिक्षक नभएका, पर्याप्त बिरामी नभएका र पर्याप्त अन्य शैक्षिक र भौतिक सामाग्री नभएका कलेजमा हाम्रा भविष्यका नर्स उत्पादन भइरहेका छन् । ती कस्ता होलान् भन्ने अनुमान गर्न गाह्रो पर्दैन । काउन्सिलको नतिजा चार्ट र अस्पतालमा सुई समाइरहेका नर्सको अनुहार हेरे प्रष्ट हुन्छ ।

समस्या सम्बन्धित निकायलाई थाहा नभएको होइन, थाहा छ । तर सुधार प्रक्रिया कस्तो छ भने काउन्सिलले कलेज निरीक्षण गर्दा पूर्वजानकारी दिएर जाने गरेको छ । जसले गर्दा कलेजका कमजोरी काउन्सिलले थाहा नपाएजस्तो गर्न पाएको छ । कलेजले आफूमा समस्या नभएजस्तो देखाउन पाएको छ । परिणामतः बिरामीसँग प्रत्यक्ष जोडिने पेसाको बदनाम भइरहेको छ । विश्वसनीयता घट्दै गइरहेको छ । नर्सिङ शिक्षण व्यापारदेखि व्यापारसम्म सीमित भएको छ । सुई समाउँदा हात कमाउने नर्स उत्पादन भएका छन् ।

काउन्सिलको परीक्षा केवल प्राविधिक कुरा मात्रै होइन । हुनु पनि हुँदैन । सम्बन्धित सबैले यसप्रति सोच्न जरुरी भइसकेको छ । तर, समग्रमा यस क्षेत्रलाई सुधार गर्न तत्कालै केही काम गर्न जरुरी छ । पहिलो त, कलेजको शिक्षण प्रक्रियाको कठोर निरीक्षण गर्नु र मापदण्ड नपुगेमा खारेजीको प्रक्रियामा जानु जरुरी भइसकेको छ । मानवीयता, सेवाभाव र उच्च दक्षताको वितरण नभई केवल व्यापारमा रुमल्लाएर आम मानिसको स्वास्थ्य सेवामा अप्रत्यक्ष खेलबाड गर्न पाइँदैन ।

दोस्रो, नर्सिङ पेसाप्रतिको आकर्षण र त्यसको कारणलाई पनि केलाउन जरुरी छ । एसइई पास गरेको ठूलो समूह आज किन यतातिर आकर्षित भइरहेको छ ? त्यसमा सेवाभाव बढी छ कि अरु थोक नै छ ? पढाइमा सहजता, देशबाहिर जाने सहज अवसर र कतैकतै 'ग्ल्यामर'ले त यो क्षेत्रतिर आकर्षित गरिरहेको छैन ? वा, यस्तै अरु कुनै कारणबाट आकर्षित भएर अभिभावकको दबाब कलिला नानी-बाबुहरुमाथि परिरहेको त छैन ? यस्ता कुरालाई पनि बेवास्ता नगरियोस् ।

नतिजा त एउटा अंक मात्रै हो । त्यही अंकसँग अनेक कारणहरु जेलिएका हुन सक्छन् । परिणामबाट चिन्तित हुनु स्वभाविक छ । तर कारणहरुमा ध्यान नदिने र सुधारका निम्ति पहल नगर्ने हो भने त्यसले दुर्घटना ननिम्त्याउला भन्न सकिँदैन ।

महत्वपूर्ण नम्बर



ॐ समाज डेन्टल अस्पताल	४४७१००३
अर्थोप्लाष्ट रिहाब सेन्टर	५५३०६२३
ओजस आयुर्वेद हस्पिटल	४३५२०७५
ओम अस्पताल	४४७६२२५
अल्का अस्पताल	५५५३३३३
अन्नपूर्ण न्युरो अस्पताल	४२५६६५६
एभरेष्ट अस्पताल	४७८१२९४
काठमाडौं मोडेल अस्पताल	४२५०८४८
काठमाडौं नर्सिङ्ग होम	४२६०९६१
कान्तिपुर जनरल एण्ड डेन्टल हस्पिटल	४३८५९११
काठमाण्डौं मेडिकल कलेज	४४७७१२०
किष्ट मेडिकल कलेज	५२०१४९६
नेपाल मेडिसिटी अस्पताल	४२१७७६६
कान्तिपुर डेन्टल कलेज	४३८५९१०
ग्राण्डी अस्पताल	५१५९२६६
ग्रिन सिटी हस्पिटल	४३८११३३
टिचिङ अस्पताल	४४१२५०५
डेन्टल इन, दि डेन्टल क्लिनिक	४१६९१४१
नेशनल डेन्टल हस्पीटल	४४३३६९७
नेपाल अर्थोपेडिक हस्पीटल	४९११७२५
नर्भिक हस्पिटल	४२५८५५४
नेशनल क्यानसर अस्पताल	५५५१३७६
नेपाल मेडिसिटी अस्पताल	४२१७७६६
पाटन अस्पताल	५५२२२६६
नेपाल क्यान्सर अस्पताल	५२५१३१२
प्रसूति गृह	४२५२३७७
भ्याली नर्सिङ्ग होम	४४२०२२४
भेनस इन्टरनेशनल अस्पताल	४४७५१२०
मध्यपूर अस्पताल	५०९३३८८
गणेशमान सिंह मेमोरियल हस्पिटल	५५३०८८५
चिरायु अस्पताल	४३८२३८२
नोवल हस्पिटल	४११०५२५
वेल केयर अस्पताल	४४२६१३१
वीर अस्पताल	४२२१११९
बी एण्ड बी अस्पताल	५५३१९३३
वेलनेस अस्पताल	४३७१८७७
ब्लुक्रस अस्पताल	४२६१३९९
ब्लुलोटस अस्पताल	४२६१३९९
स्पार्क होल्थ होम	४६७२१२३
स्तुपा सामुदायिक अस्पताल	४९१७२८७
सहिद गंगालाल	४३७१३२२
सर्वाङ्ग नर्सिङ्ग होम	५५२००९३
सुमेरू अस्पताल	५००३३७७
ह्याम्स अस्पताल	४३७७४०४
शहिद मेमोरियल अस्पताल	५२१८९२१
हेल्थ कन्सर्न	४४८५८८०
नागरिक सामुदायिक अस्पताल	६६३७७००
शुभेच्छा अस्पताल	४२८९५३४
स्टार अस्पताल	५५५०१९७
काठमाडौं इनटी अस्पताल	४२४५५५४
हाम्स अस्पताल	४७८४८४०
काठमाडौं क्यान्सर सेन्टर	५०९१६२९
केन सेन्टर	४७८६२६०
रिदम न्यूरो साइक्याट्री अस्पताल	५०००७००
बयोधा अस्पताल	४२८६४२८
निदान अस्पताल	५५३१२९७

एम्बुलेन्स सेवा



नेपाल एम्बुलेन्स सेवा	१०२
काठमाडौं मोडेल	४२३२७५२
कीर्तिपुर	४३३०२००
नेपाल रेडक्रस	४२३२२४३
परोपकार	४२६०८५९
पब्लीक हेल्थ	४२७८६१२
बौद्ध	४४७३११६
भक्तपुर जेसीस	६६१११११
माइती नेपाल	४४९८८१६
मेडिकेयर हस्पिटल	४४२९१८१
ललितपुर उपमहानगरपालिका	५५२७००३
ललितपुर रेडक्रस	५५४५६६६
साँखु	४२१२७८६
सुमेरू अस्पताल	५५५५५५०
शिवशक्ति युवा क्लव	४४७८१११
रिदम अस्पताल	५०००७११
केडीसी अस्पताल	४३८५९१०

पाठक मत

स्वास्थ्यमन्त्रीले कार्यशैलीमा परिवर्तन ल्याउनुपर्छ

'असफल स्वास्थ्यमन्त्री' शीर्षकमा मन्त्रीको कमजोर नेतृत्व र कार्यशैलीका कारण स्वास्थ्य क्षेत्रले विगतमा हासिल गरेका स्वास्थ्यका उपलब्धिसमेत क्रमशः गुम्दै गइरहेको अवस्था पढ्दा निकै दुःख लाग्यो । स्वास्थ्य जस्तो संवेदनशील मन्त्रालयका प्रमुख नै सुस्ताएपछि स्वास्थ्यका अन्य क्षेत्रको हालत कस्तो होला भनेर सजिलै अनुमान गर्न सकिन्छ । अब मन्त्रीले आफ्नो कार्यशैलीमा परिवर्तन नल्याए राज्यले स्वास्थ्यमा निकै ठूलो संकट व्यहोर्नुपर्ने पक्का छ ।

रीता राई, सुर्खेत

नर्सका कुरा स्तम्भ मनपर्छ

म स्वास्थ्य खबरपत्रिकाको नियमित पाठक हुँ । मलाई 'नर्सका कुरा' स्तम्भ निकै मनपर्छ । यस पटक सरस्वती मानन्धरको अनुभव पढ्न पाउँदा निकै खुसी लाग्यो । भविष्यमा पनि नर्सहरुका नयाँनयाँ अनुभवहरु पढ्न पाइने अपेक्षा छ ।

गोमा पाण्डे, भक्तपुर

जानकारीमूलक लेख

'कसरी रहन्छ गर्भासयभन्दा बाहिर गर्भ' शीर्षकको विशेषज्ञ लेख जानकारीमूलक लाग्यो । गर्भासयभन्दा बाहिर गर्भ रहेको थाहा नपाउँदा निकै महिलाले अकालमै ज्यान गुमाउनुपर्ने समस्या अहिले पनि विद्यमान रहेछ । समयमा नै यस्तो गर्भ रहेको पहिचान गरी उपचार गर्ने विषयमा यो लेखले निकै सहयोग पुर्‍याउने छ । स्वास्थ्य खबरपत्रिकाले यस्ता लेखहरुलाई निरन्तरता दिनेमा आशावादी छु ।

लक्ष्मी केसी, कैलाली

वृद्ध स्वयंसेवीलाई सलाम

'वृद्ध स्वयंसेविकाको तन्नेरी जोस' शीर्षकमा प्रकाशित एक जना वृद्धाको प्रोफाइलले युवा जनशक्तिलाई काम गर्ने प्रेरणा दिएको छ । रोग लाग्दा स्वास्थ्य संस्था जानुपर्छ भन्ने चेतनासम्म नभएको दुर्गम ठाउँमा २२ वर्षदेखि स्वास्थ्य स्यमंयसेविका भएर काम गर्ने वृद्ध स्वयंसेविकाको बारेमा जान्न पाउँदा निकै खुसी लाग्यो । ६५ वर्षीया वृद्ध स्वयंसेवीको जोशलाई सलाम ।

रामहरी थापा, दैलेख

लेखकलाई धन्यवाद

'गुगल डाक्टरको पछि लाग्दा बिग्रेला छाला' भन्ने लेख जानकारीमूलक लाग्यो । गुगल डाक्टरको पछि लाग्दा छालामा हुनसक्ने हानिका बारेमा पढ्दा डर पनि लाग्यो । गुगल तथा युट्युब डाक्टरको पछि लाग्दा फाइदा हुनुको साटो परिणाम उल्टो निस्किएर दुःख पाएका उदाहरण धेरै रहेछन् । मैले पनि गुगुलमा खोजेर विभिन्न साम्रगी प्रयोग गर्ने गरेकी थिएँ । यो लेख पढिसकेपछि अब कहिले पनि गुगलमा हेरेर कुनै सामग्री प्रयोग नगर्ने सोच बनाएकी छु ।

आभा श्रेष्ठ, काठमाडौं

सिपिडी लागु होस्

'लागू हुँदै सिपिडी' शीर्षकको समाचार ज्ञानवर्द्धक रहेछ । सिपिडी लागू भएमा डाक्टरले ज्ञान र सिपमा अपडेट हुनुपर्ने र नभए लाइसेन्स नवीकरण नहुने रहेछ । यसमा बिरामीलाई प्रदान गर्ने ज्ञान, सिप, पेसागत दक्षता लगायतका कुरासमेत समेटिने रहेछ । त्यसैले सिपिडी लागू हुनु जरुरी देखिन्छ ।

गौरव ढकाल, चितवन

दोस्ती होस त यस्तो

'न्युरो सर्जनको जमेको दोस्ती' शीर्षकको लेखमा दुई विशेषज्ञ डाक्टर गोपालरमण शर्मा र वसन्त पन्तको योगदानको चर्चा निकै राम्रो लाग्यो । उनीहरुको दोस्तीको किस्सा रमाइलो लाग्यो । अलिकति पनि तलमाथि नपारी सुमधुर ढंगले आफ्नो मित्रतालाई ४३ वर्षसम्म कायम राख्नसक्नु चानचुने कुरा होइन । सम्बन्ध कस्तो हुनुपर्छ र सम्बन्धलाई कसरी लामो समय टिकाउन सकिन्छ, उनीहरुको दोस्तीबाट सिक्न सकिन्छ ।

अविरल लामा, बनेपा

मलाई पढाउन श्रीमान्ले दाइ बनेर हस्ताक्षर गर्नुभयो

श्रीमतीले पनि पढ्नुपर्छ, आफ्नै खुट्टामा उभिनुपर्छ भन्ने मान्यताले **लक्ष्मी मानन्धर**का श्रीमान्ले श्रीमतीलाई बहिनी भनेर हस्ताक्षर गरिदिएका थिए।

■ **सिर्जना खत्री/काठमाडौं**

उमेरले ६५ वसन्त पार गरेकी लक्ष्मी मानन्धर ३६ वर्षे जागिर जीवनबाट सेवानिवृत्त भएको पनि ८ वर्ष बितिसकेको छ। तर बुढ्यौली अवस्थामा पनि उनको जोश र जाँगरमा भने कत्ति कमी आएको छैन। उनको दिनचर्याले जोकोहीलाई आश्चर्यचकित बनाउँछ, जोश र जाँगर भरिदिन्छ, काम गर्ने हौसला प्रदान गर्छ।

बिहान ४ बजेदेखि सुरु हुन्छ, लक्ष्मी मानन्धरको दिनचर्या। उनी बिहानको नित्यकर्मपछि केही समय योग गर्छिन् र ९ बजे ड्युटी भ्याउन पुगिसक्छिन्। भन्छिन् 'काम नगरी त एकछिन पनि बस्न सक्दिनँ।'

लक्ष्मी शनिबार पनि आराम गर्दिनन्। उनी शनिबारको दिन महिलालाई निःशुल्क उपचार सेवा दिन्छिन्। 'बरु मन्दिर जाँदिन। मैले २०४० सालदेखि महिलालाई निःशुल्क उपचार सेवा दिँदै आएको छु। सेवाभन्दा ठूलो धर्म केही छैन।'

हाल उनी सिभिल अस्पतालमा सिनियर अनमी नर्सका रुपमा कार्यरत छिन्। गर्भपतन, परिवार नियोजनसम्बन्धी जानकारी चाहियो भने लक्ष्मी सिस्टर खोज्दै सिभिल अस्पताल धाउने गर्छन्, सेवाग्राही।

काठमाडौंमा जन्मिएकी हुन् लक्ष्मी। तर त्यतिबेला छोरी पढाउने चलन थिएन। एसएलसीसम्म पढाएर बाबुआमाले २०२८ सालमा उनको विवाह गरिदिए।

विवाहपछि उनको दैनिकी घरधन्दामै सीमित थियो। उनका श्रीमान् स्वास्थ्य सेवा विभागमा काम गर्थे। एक दिन श्रीमान्ले 'तिमीले कति पढेकी छौ ?' भनेर प्रश्न गरे। एक्कासि श्रीमान्को यस्तो प्रश्न सुन्दा उनी झसंग भइन्। 'किन यस्तो प्रश्न गरेको होला भनेर मनमा डर पनि लाग्यो,' उनले विगत सुनाइन्। त्यसपछि श्रीमान्ले उनलाई भरतपुर अस्पताल गएर अनमीको तालिम लिन सल्लाह दिए। 'श्रीमती पनि आफ्नै खुट्टामा उभिनुपर्छ भनेर श्रीमान्ले विवाहपछि अनमी पढ्न प्रेरित गर्नुभयो,' उनले भनिन्।

'श्रीमतीको लाश उठाउन मान्छे खोज्न हिँडेका श्रीमान् तीन दिनसम्म पनि फर्किएनन्। त्यसपछि प्रहरीले लाश उठाए। उनीहरुको बच्चालाई एक जना हाकिमले पालेका छन्।'

अनमीको तालिम गर्न तयार त भइन्, तर त्यो बेलामा विवाहित महिलाले पढ्न पाउँदैनथे। कलेज भर्ना हुन उनले अविवाहित भनेर ढाँट्नु परेको थियो। 'भर्ना हुँदा मेरा श्रीमान्ले मलाई बहिनी भनेर साइन गर्नुभएको थियो,' उनले सम्झिइन्।

अनमी पढ्न सुरु गरेको ६ महिनापछि बिरामी पहिलो पटक छुन पाउँदा उनी निकै खुसी भएकी थिइन्। दुई वर्षको पढाइ सिध्याएर २०३२ सालबाट प्रसूति तथा स्त्री रोग अस्पतालमा अनमीका रुपमा काम सुरु गरिन् मानन्धरले।

पहिलो पटक उनको पोस्टिङ एन्टिनेन्टल वार्डमा भएको थियो। 'त्यो बेला सबैलाई स्टेथेस्कोप उपलब्ध हुँदैनथ्यो। त्यसैले बच्चाको

धड्कन सुन्नुपर्दा गर्भवतीको पेटमा कान राखेर धेरैबेर सुन्नुपर्थ्यो,' उनले अनुभव सुनाइन् ।

स्टाफ कम हुने हुँदा एक जना नर्सले ५० जना बिरामीको रेखदेख गर्नुका साथै लगातार १५ दिनसम्म नाइट ड्युटी गर्नुपर्थ्यो । शल्यक्रिया (ओटी) मा काम गर्दा दिनमा ८ वटासम्म शल्यक्रियामा चिकित्सकलाई सहयोग गरेको अनुभव छ उनीसँग ।

शल्यक्रिया गरिसकेपछि सुत्केरीको रगत बगेको छ कि छैन, पिसाब भयो कि भएन, टाँका लगाएको ठाउँमा रगत आएको छ कि छैन, सुन्निएको छ कि छैन भनेर आफैंले जाँच गर्नुपर्थ्यो लक्ष्मीलाई । आजभोलिका नर्सले शल्यक्रियापछि आफ्नो काम सकियो भनेर बिरामीलाई ध्यान नदिँदा दुःख लाग्ने उनी बताउँछिन् ।

नवजात शिशु युनिटमा काम गर्दा बच्चाको रेखदेखमा रातभर नसुतेको अनुभव पनि छ उनीसँग । 'दूध खाने बच्चालाई कमिलाले टोक्यो कि, न्यानो लुगा लगाएको छ कि छैन, बच्चाले दिसापिसाब गरेको छ कि छैन भनेर रातभर निद्रा लाग्दैनथ्यो,' उनले विगत सम्झिइन्, 'दिनमा १० देखि १५ जना बच्चालाई बिहानको घाममा तेल लगाएर मालिस गर्नुपर्थ्यो । आजभोलि बच्चालाई तेल लगाउन हुँदैन भनेको सुन्दा अचम्म लाग्छ ।'

एचआइभीसम्बन्धी परामर्श दिने काम पनि गरेकी छिन् लक्ष्मीले । 'महिलाहरु आफूलाई एचआइभी लागेको थाहा पाउँदा छाँगाबाट खसेजस्ता हुन्थे । कुनै महिला आफ्नो परिवारलाई रोगको बारेमा भन्न रुचाउँदैनथे,' उनले भनिन्, 'यस्ता महिलालाई घरमा बच्चा जन्माउनुहुँदैन, रगतको माध्यमबाट अरुलाई पनि सर्नसक्छ, बच्चा जन्माउन अस्पताल नै आउनुपर्छ भनेर सम्झाउन निकै मुस्किल पर्थ्यो ।'

गर्भपतनसम्बन्धी तालिम लिएकी लक्ष्मीले केही वर्ष त्यससम्बन्धी काम पनि गरिन् । उनले भनिन्, 'त्यो बेला गर्भपतन गराउने मान्छे खुलेर आउँदैनथे । परिवारले थाहा पाउने डरले लुकेर अस्पताल आउँथे । कतिपय त परिवारले थाहा पाउने डरले अन्य मुलुकमा महँगो शुल्क तिरेर गर्भपर्तन गराउन बाध्य थिए ।'



बिर्सन नसक्ने घटना

२२ वर्षकी गर्भवती र उनका श्रीमान् जचाउन अस्पताल आएका थिए । रगतको जाँच गर्दा श्रीमतीलाई एचआइभी पोजेटिभ देखियो । एचआइभी भएको थाहा पाएपछि दुवै जनाले आफ्ना परिवारका सदस्यलाई नभन्न आग्रह गरे । पछि बुझ्दा थाहा भयो, दुई वर्ष अगाडि दाँत निकाल्ने क्रममा असावधानीबस उनलाई एचआइभी सरेको रहेछ ।

नर्स लक्ष्मीले उनीहरुलाई बच्चा अस्पतालमा नै जन्माउन आग्रह गरिन् । बच्चा शल्यक्रिया गरेर निकालियो । ८ महिनापछि बच्चा जाँच गर्दा एचआइभी नेगेटिभ देखियो । रोग लुकाउने बानी र 'रोग लाग्यो, अब मर्छु' भन्ने मनोभावनाले ती महिलाको केही वर्षपछि मृत्यु भयो । त्यो घटना सम्झँदा अहिले पनि नरमाइलो लाग्छ उनलाई ।

प्रसूति गृहको नवजात शिशु युनिटमा काम गर्दा २० वर्षकी एक युवती बच्चा जन्मिएको ६ दिनपछि ज्वरो आएर अस्पताल भर्ना हुन आइन् । धेरै दिन अस्पताल बस्दा पनि उनका परिवारबाट कोही भेट्न आएनन् । लक्ष्मीले तिम्रो परिवार किन भेट्न नआएको भन्ने प्रश्न गर्दा उनले आफू नेपालगञ्जमा नर्स पढ्दैगर्दा भागेर विवाह गरेकोले परिवार रिसाएर नआएको बताइन् ।

श्रीमान् दिनरात नभनी श्रीमती र बच्चाको स्याहार गर्थे । दिन प्रतिदिन उनको स्वास्थ्य नाजुक बन्दै गइरहेको थियो । सायद अन्तिम अवस्था भएकोले उनलाई विभिन्न परिकार खान मन लाग्थ्यो । खान मन लाग्दा लक्ष्मीलाई बनाएर ल्याइदिन आग्रह गर्थिन् । लक्ष्मीले पनि माया गरेर ती बिरामीलाई खान मन लागेको कुरा बनाएर खुवाउने गर्थिन् ।

एक दिन ती युवतीले खाटमा सुत्दिन भनेर जिद्दी गर्न थालिन् । धेरै जिद्दी गरेपछि लक्ष्मीले कम्बल ओछ्याएर भुईंमा ओछ्यान लगाइदिइन् । श्रीमान् धेरै थकित देखिएकोले बाहिर आराम गर्न आग्रह गरिन् । श्रीमान् आराम गर्न गएका बेला ती युवतीको मृत्यु भयो ।

एक्लै लाश उठाउन नसक्ने भन्दै मान्छे खोज्न हिँडेका श्रीमान् तीन दिनसम्म पनि फर्किएनन् । त्यसपछि प्रहरीले लाश उठाए । उनीहरुको बच्चालाई एक जना हाकिमले पालेका छन् । अहिले पनि त्यो बच्चा देख्दा त्यो दम्पतीको याद आउँछ लक्ष्मीलाई ।

दार्जिलिङबाट एक जना महिला रगत बगेर अस्पताल आएकी थिइन् । पाठेघरमा समस्या भएकोले उनको तत्काल शल्यक्रिया गर्नुपर्ने थियो । विभिन्न कारणले तीन दिनसम्म शल्यक्रिया हुन सकेन । सानासाना छोराछोरी भएकोले आफूलाई केही भइहाल्यो भने ती बच्चाको कसले हेरचाह गर्ला भनेर चिन्ता व्यक्त गर्थिन् ती महिला । । तर दुर्भाग्य, शल्यक्रिया गर्नुअगाडि बेहोस गर्ने बेलामा औषधिको एलर्जीको कारण उनको मृत्यु भयो । त्यो बेलामा उनका श्रीमान्लाई सम्झाउन लक्ष्मीलाई निकै गाह्रो भएको थियो ।



स्वास्थ्यकर्मी र स्वास्थ्य संस्थामा आक्रमण गर्नेलाई बिनाधरौटी जेल चलानको प्रावधान राख्न चिकित्सक संघको माग

काठमाडौं– नेपाल चिकित्सक संघले डाक्टर तथा स्वास्थ्यकर्मी र स्वास्थ्य संस्थामा आक्रमण गर्नेलाई बिनाधरौटी हिरासतमा लिई जेल चलानको कानुन बनाएर कार्यान्वयनमा ल्याउन माग गरेको छ।

संघले स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वास्थ्य संस्थाको सुरक्षासम्बन्धी ऐन २०६६ र नियमावली २०६९ मा तत्काल आवश्यक संशोधन गरी स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वास्थ्य संस्थामाथि दुर्व्यवहार गर्ने व्यक्तिलाई बिनाधरौटी हिरासतमा लिई जेल चलानको प्रावधान राख्न माग गरेको हो।

संघले कडा कानुनकै अभावमा पछिल्लो समय बिनाकारण चिकित्सक तथा स्वास्थ्य संस्थामाथि आक्रमणका घटना बढेकोमा चिन्ता व्यक्त गर्दै छिट्टै उक्त व्यवस्था ल्याउन सरकारसँग आग्रह गरेको छ।

विगत केही महिनायता हेटौंडा अस्पताल, सिन्धुली अस्पताल, लहान अस्पताल, शिवराज अस्पताल, कपिलवस्तु, डडेल्धुरा अस्पताल, ओम अस्पताल, समता अस्पताल, जलेश्वर जिल्ला अस्पताल, विराट मेडिकल कलेज विराटनगर, राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान लगायतका विभिन्न अस्पतालमा आक्रमण भएका छन्।

संघले सरकारसँग विना धरौटी जेल चलान गर्ने विषयमा सरकारसँग विगतमा गरेको सम्झौता कार्यान्वयनमा ल्याउन पनि सरकारसँग माग गरेको छ। सरकार र संघबीच यो विषयमा १३ असोज २०७४ सम्झौता भएको थियो।

कान्तिपुर डेन्टल कलेज टिचिङ हस्पिटलमा दुर्लभ रोगबाट ग्रस्त बालिकाको उपचार

काठमाडौं– बसुन्धरास्थित कान्तिपुर डेन्टल कलेज टिचिङ हस्पिटलमा दुर्लभ प्रकृतिको रोगबाट ग्रस्त एक बालिकाको उपचार भएको छ। वर्ष १५ की समीक्षा (नाम परिर्वन) को मुखमा देखापरेको दुर्लभ प्रकृतिको रोग 'डेस्मोप्लास्टिक अमिलोब्लास्टोमा' को सफल उपचार भएको हो।

चिकित्सकका अनुसार यो रोग संसारभर अहिलेसम्म ११४ वटा केस मात्रै रिर्पोटेड छ। कान्तिपुर डेन्टलमा उपचार भएको भने यो पहिलो केस हो।

उपचारमा संलग्न वरिष्ठ डेन्टल सर्जन डा सुमित सिंहका अनुसार यो दाँत तथा मुखमा देखिने ट्युमर हो। यसले दाँत रहने हड्डी कमजोर बनाउँदै जान्छ। र, धेरै भाग बिग्रेमा हड्डी नै काटेर फाल्नुपर्ने (रिसेक्सन) हुन्छ। समीक्षाको केसमा पनि हड्डी काटेर फालिएको हो।



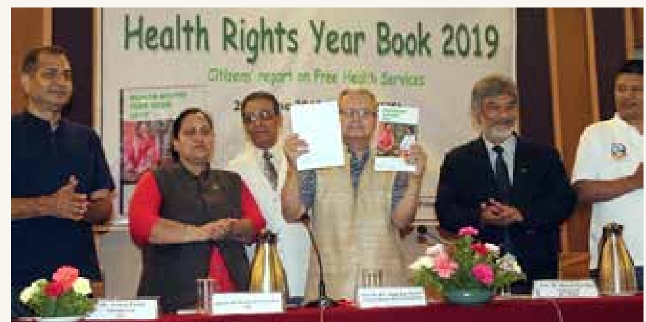
कान्तिपुरले आफूकहाँ मुख तथा दन्त स्वास्थ्यको परीक्षण र उपचारका लागि आवश्यक अत्याधुनिक उपकरण र दक्ष जनशक्ति रहेको जनाएको छ।

स्वास्थ्य अधिकार वर्ष पुस्तक प्रकाशन

काठमाडौं– प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा स्रोत केन्द्र र ५९ जिल्लामा रहेको स्वास्थ्य अधिकार तथा सुर्ती नियन्त्रण जिल्ला सञ्जालहरुको प्रयासमा स्वास्थ्य अधिकार वर्ष पुस्तक प्रकाशन भएको छ।

पुस्तक संविधान प्रदत्त जनताको मौलिक हक स्थापित भयो कि भएन र निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा उपयोग गर्न पायो कि पाएन भन्ने विषयमा केन्द्रित छ।

राज्यले उपलब्ध गराएको स्वास्थ्य सेवा, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा, निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा, मातृ सेवा, राज्यले दिने उपचार खर्चलगायतमा सबैले न्यायोचित रुपमा स्वास्थ्य अधिकार पाए कि पाएनन् भन्ने विषयमा अध्ययन गरिएको निचोडलाई पुस्तकमा समेटिएको हो।



२०७५ सालभरिमा देशभरिका स्वास्थ्य संस्थाहरुले दिएको उपचार सेवालाई केन्द्रविन्दुमा राखेर ५९ जिल्लामा अध्ययन गरिएको प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा स्रोत केन्द्रका कार्यकारी निर्देशक शान्तलाल मुल्मीले बताए।

बर्सेनी स्वास्थ्य अधिकार वर्ष पुस्तक प्रकाशन गर्ने लक्ष्य लिएको प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा स्रोत केन्द्रले वर्ष २०७५ मा गरेको अध्ययनले निःशुल्क औषधि उपलब्ध नभएको देखाएको छ।

विश्वमा १० बालबालिकामध्ये १ जना खोपबाट वञ्चित : विश्व स्वास्थ्य संगठन

काठमाडौं– विश्व स्वास्थ्य संगठन र युनिसेफको नयाँ तथ्यांकअनुसार जीवनरक्षा गर्ने खोप पाउनबाट प्रत्येक १० जनामध्ये एक जनाभन्दा बढी बालबालिका छुटिरहेका छन्। विश्व स्वास्थ्य संगठनले प्रकाशित गरेको २०१८ को तथ्यांकमा दादुरा, भ्यागुते रोग, टिटानस विरुद्धको खोप पाउनबाट बालबालिका वञ्चित रहेको देखाएको छ। विश्वभर २ करोड बालबालिका रहेको तथ्यांक छ। यसरी खोपबाट बन्चित हुने बालबालिकाहरु गरिब र युद्धग्रस्त देशमा बढी छन्।



सन् २०१० मा विश्वभर ३ मात्रा दादुरा, टिटानस र सुख्खा खोकीको खोप ८६ प्रतिशतको पहुँच पुगेको थियो। महामारी रोक्न भने बालबालिकामा यी खोपको पहुँचदर ९५ प्रतिशत हुनु आवश्यक छ।

झन्डै एक वर्षअघि कंगोमा इबोलाको महामारी फैलियो। केही दिनअघि फेरि त्यहाँ इबोलाका नयाँ बिरामी देखिएपछि चिन्ता बढेको विश्व स्वास्थ्य संगठनको भनाइ छ। यस विषयमा इबोला नियन्त्रण गर्न कसरी सहकार्य गर्ने, सरकारलाई रोग नियन्त्रणमा ल्याउन कसरी सघाउने भनेर छलफल गरेको छ।

यही १४ जुलाइमा इबोलाको पहिलो केस कंगोको गोमा सहरमा भेटिएको थियो। १० लाख जनसंख्या भएको गोमालाई इबोलाको उच्च जोखिम भएको सहर मानिएको छ।

गोमामा करिब ३ हजार स्वास्थ्यकर्मीलाई भ्याक्सिन लगाइएको छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनका अनुसार इबोलाको महामारी भएपछि अहिलेसम्म १ हजार ६ सय ५० जनाको मृत्यु भइसकेको छ । प्रत्येक दिन १२ नयाँ बिरामी फेला परिरहेका छन् ।

तीन सदस्यका लागि निर्वाचन गर्दै नर्सिङ काउन्सिल

काठमाडौं– नेपाल नर्सिङ काउन्सिले रिक्त सदस्य पदका लागि आगामी भदौ २८ गते निर्वाचन गर्ने भएको छ ।

काउन्सिलका अध्यक्ष प्राध्यापक गोमादेवी निरौलाले काउन्सिलको इतिहासमा पहिलो पटक नेपाल नर्सिङ एसोसिएसनमार्फत आउने तीन सदस्य पदको निर्वाचन गर्ने निर्णय गरेको जानकारी दिइन् ।

यसअघि बोर्डका तीन सदस्य एसोसिएसनकै निर्वाचनका समयमा हुने गर्थ्यो। अब भने काउन्सिल आफैं निर्वाचन गरी सदस्य छान्न लागेको हो । निर्वाचनमा नर्सिङ एसोसिएसनमा आवद्ध सदस्यहरुले मतदान गर्न पाउने व्यवस्था छ ।

काउन्सिलमा दर्ता भएका नर्सहरुले पनि सदस्य छान्न मतदान गर्न पाउनुपर्ने आवाज उठाएपछि काउन्सिलले यसका लागि कदम चालेको थियो । तर



यसका लागि काउन्सिलको ऐन नै परिवर्तन गर्नुपर्ने भएपछि काउन्सिलले पुरानै व्यवस्थाअनुसार आफैं निर्वाचन गर्ने निर्णय गरेको हो ।

नेपाल नर्सिङ काउन्सिलमा १५ जनाको बोर्ड सदस्य रहने व्यवस्था छ । तर अहिले आठ सदस्य मात्र छन् । तीन जना एसोसिएसनबाट छानिएपछि बाँकी ४ जना सदस्य भने मनोनयनबाट आउने व्यवस्था छ । तीन जनाको नाम सिफारिस गरी स्वास्थ्यमन्त्रीले मन्त्रिपरिषद्मा प्रस्ताव गर्नुपर्ने हुन्छ । अर्को एक सदस्य भने स्वास्थ्य सेवा विभागका महानिर्देशकले मनोनयन गर्ने व्यवस्था छ । तर मन्त्रालय र विभागबाट सदस्य सिफारिस नहुँदा सदस्य पद खाली रहँदै आएको छ ।

ब्लुक्रस अस्पतालमा शल्यक्रियाका लागि अत्याधुनिक माइक्रोस्कोप

काठमाडौं– त्रिपुरेस्वरस्थित ब्लुक्रस अस्पतालमा शल्यक्रियाका लागि उपयोगी हुने अत्याधुनिक माइक्रोस्कोप उपकरण ल्याइएको छ । जटिल शल्यक्रियालाई सहज रुपमा गर्न अस्पतालले उक्त उपकरण भित्र्याएको हो ।

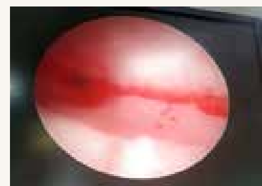
अस्पतालमा उक्त उपकरणबाट सेवा सुरुसमेत भइसकेको छ । उक्त मेसिनको सहायताबाट न्युरो, नाक, कान, घाँटी तथा अर्थोपेडिक्सका जटिल शल्यक्रिया सहज रुपमा गर्न सहयोग गर्ने अस्पतालका सञ्चालक समितिका सदस्य सचिव रजत श्रेष्ठले जानकारी दिए ।

नयाँ मेसिनका विषयमा जानकारी दिन अस्पतालले शुक्रबार राजधानीमा कार्यक्रम गरेको थियो । उक्त कार्यक्रममा करिब एक सय जना डाक्टरको उपस्थिति रहेको अस्पतालकी प्रशासकीय तथा लेखा प्रबन्धक सतीदेवी गौतमले जानकारी दिइन् ।

कार्यक्रममा हाडजोर्नी विशेषज्ञ तथा ह्यान्ड सर्जन डा शिलु श्रेष्ठ, न्युरो सर्जन डा हृदयेशप्रताप मल्ल र नाक, कान तथा घाँटीरोग विशेषज्ञ डा सुमन डंगोलले माइकोस्कोपको सहयाताबाट हुने शल्यक्रियाका बारेमा जानकारी दिएका थिए ।

सुदुरपश्चिममा पहिलो पटक पाठेघरको उपचार दूरबिनबाट

धनगढी– सुदुरपश्चिम प्रदेशमा पहिलो पटक दूरबिन प्रविधिबाट पाठेघर भित्रको परीक्षण तथा उपचार गर्ने हिस्टेरोस्कोपी सुरु भएको छ । निजी क्षेत्रबाट सञ्चालित धनगढीको निसर्ग हस्पिटल एन्ड रिसर्च सेन्टरमा पहिलो पटक यस्तो प्रविधिबाट उपचार भएको हो । वीरेन्द्रनगर नगरपालिका, सुर्खेत घर भएकी ३१ वर्षकी एक महिलाको उक्त परीक्षण एवं उपचार भएको हो ।



विगत ३ वर्षदेखि बाँझोपनको समस्याबाट आजित भएकी उनी उपचारका लागि कोहलपुर, नेपालगञ्जसमेत पुगिसकेकी थिइन् । दूरबिन प्रविधिबाट गरिने यस हिस्टेरोस्कोपीबाट उनको दायाँ डिम्बबाहिनी नलीको मुख बन्द भएको देखिएको छ । दूरबिन प्रविधिकै माध्यमबाट बिना चिरफार उनको उक्त बन्द भएको नलीको मुख खोलिएको छ ।

यस किसिमको परीक्षण तथा उपचार प्रविधि बाँझोपनको समस्या थाहा पाउन, डिम्बबाहिनी नलीको मुख बन्द भएको हेर्न र खोल्न, पाठेघरभित्र मासु पलाएको हेर्न र फाल्न, ट्युमर भएको हेर्न र निकाल्न, पाठेघरको मुख र प्वाल चिप्किएको हेर्न र खोल्न, पाठेघरसम्बन्धी समस्यामा बायोप्सी लगायतका जाँच गर्न यो उपचार पद्धति लाभदायी हुन्छ ।

गंगालाल अस्पतालको आकस्मिक सेवा विस्तार

काठमाडौं– बाँसबारीस्थित सहिद गंगालाल हृदय केन्द्रले आकस्मिक सेवा विस्तार गरेको छ । अस्पताल परिसरमा बनेको नयाँ भवनमा आकस्मिक कक्षको सेवा थप गरिएको हो । अस्पतालमा यसअघि १६ शय्या क्षमताको आकस्मिक कक्ष थियो । आजबाट थप १६ शय्या थप गरेर ३२ शय्याको बनाइएको अस्पतालका निर्देशक डा ज्योतिन्द्र शर्माले जानकारी दिए ।

दैनिक ५० देखि ६० जना बिरामी आउने इमर्जेन्सीमा नयाँ भवनमा थप सेवा सुविधासहित बिरामीले सेवा लिनसक्ने डा शर्माले जानकारी दिए ।

बिरामीको चाप बढ्दै गएपछि अस्पतालले बिरामीको सेवासुविधालाई मध्यनजर गर्दै शय्या थप गरेको हो । अस्पतालको नवनिर्मित भवन यही महिनामा हस्तान्तरण हुने भएको छ । अन्डरग्राउन्ड पार्किङ सहितको उक्त भवनमा पेइङ ब्लक, ल्याब सेवा, ओपिडी सेवा, एकाडेमिक ब्लक, फ्याकल्टी ब्लक आदि रहने छन् । त्यसैगरी सवा ३ सय जना अट्ने सभा हल पनि हुने छ । यसको निर्माण लागत ४७ करोड रहेको छ ।





नर्सिङ शिक्षा
गुणस्तरहीन कलेज कमजोर उत्पादन

सिटिइभिटी र विश्वविद्यालयका पदाधिकारीकै मिलेमतो



कल्पना पौडेल, बुनु थारु/काठमाडौं

- चितवन एकेडेमी फर टेक्निकल एजुकेसन प्रालिबाट परीक्षामा ९ जना सहभागी । तर, ९ जना नै फेल ।
- बुटवलस्थित देउराली जनता प्राविधिक शिक्षालयबाट ९ जना सहभागी । सबै फेल ।
- ललितपुरस्थित एसियन कलेज फर एड्भान्स स्टडिजबाट २ जनाले परीक्षा दिएकोमा दुवै जना फेल ।
- धनगढीस्थित फारवेस्ट टेक्निकल कलेजबाट ६ जनाले परीक्षा दिएकोमा सबै फेल ।
- पोखरास्थित फिस्टेल नर्सिङ क्याम्पसबाट २ जनाले परीक्षा दिएकोमा दुवै फेल ।
- जनकपुरको मिथिला टेक्निकल एकेडेमीबाट १५ जना सहभागी भएकोमा सबै फेल ।
- शुभकामना टेक्निकल कलेजबाट ९ जना सहभागी भएकोमा सबै फेल ।
- राजविराजस्थित छिन्नमस्ता एजुकेसन एकेडेमी प्रालिबाट ५१ जना सहभागी भएकोमा ४६ जना फेल ।
- इनरुवास्थित मकालु टेक्निकल कलेजबाट २७ जनाले परीक्षा दिएकोमा २० जना फेल ।
- काठमाडौं कलंकीस्थित ओम समाज शैक्षिक पाठशालाबाट ९ जनाले परीक्षा दिएकोमा ८ जना फेल । *(नतिजाको सम्पूर्ण सूची हेर्नुस् बक्समा)*

प्रदेश अनुसार नर्सिङ कलेज

प्रदेश	संख्या
प्रदेश १	३१
प्रदेश २	२६
प्रदेश ३	१११
गण्डकी प्रदेश	१८
प्रदेश ५	३७
कर्णाली प्रदेश	३
सुदूरपश्चिम	७

जम्मा नर्सिङ कलेज
२३३

वार्षिक उत्पादनः नेपालबाट
७६६०

विदेशबाट आउने
१०००





तहगत आधारमा नर्सिङ कलेज

तह	संख्या
अनमी	५१
पिसिएल	११७
बिएन	४०
बिएससी	४७
बिएमएस	२
एमएन	८

दर्ता भएका नर्सको संख्या (२०७६ असारसम्म)

अनमी	३२३२४
नर्स	५५००९
विदेशी नर्स	८४२
जम्मा	८८१७५

नेपाल नर्सिङ काउन्सिलले गत असार १८ गते सार्वजनिक गरेको नर्सहरूको नाम दर्ता प्रमाणपत्र (लाइसेन्स) परीक्षाको नतिजा हो यो । परीक्षामा नेपाल र भारतका गरी २ सय १४ वटा कलेजमा अध्ययनरत नर्सिङ विद्यार्थीले सहभागिता जनाएका थिए । तीमध्ये धेरैजसो कलेजको नतिजा शून्य आएको छ ।

काउन्सिलले सार्वजनिक गरेको नतिजा अनुसार समग्रमा उक्त परीक्षामा ६५ प्रतिशत विद्यार्थी अनुत्तीर्ण भएका छन् । परीक्षामा जम्मा १ हजार ५ सय १९ विद्यार्थी सहभागी थिए । जसमा ९ सय ७४ जना फेल भए भने १८ जना अनुपस्थित । उक्त परीक्षामा पास हुनेको संख्या जम्मा ५ सय २६ मात्र छ ।

काउन्सिलले लिने नर्सिङ परीक्षामा एक पटक मात्र होइन १४ पटकसम्म फेल भएका छन् । यो तथ्यांकले जनस्वास्थ्यसँग प्रत्यक्ष जोडिएको नर्सिङ सेवाको गुणस्तरप्रति नै गम्भीर प्रश्न उब्जाएको छ ।

नेपाल नर्सिङ काउन्सिलले वर्षको तीन पटक लाइसेन्स परीक्षा लिन्छ । यो नतिजा यो वर्षको पहिलो परीक्षाको हो । बाँकी दुई परीक्षा आगामी कात्तिक र चैतमा हुनेछ । काउन्सिलका यसअघिका नतिजा पनि यस्तै प्रकृतिका छन् । पछिल्लो समय नर्सिङको नतिजा कमजोर आउन थालेपछि यसको गुणस्तरका विषयमा बहस सुरु भएको हो ।

मापदण्ड विपरीतका कलेज

नर्सिङको गुणस्तर कमजोर हुनुमा मापदण्डविपरीत कलेजलाई कारबाही गर्न नसक्नु नै प्रमुख कारण रहेको नर्सिङ क्षेत्रका विज्ञ बताउँछन् । नेपाल नर्सिङ काउन्सिलकै तथ्यांक अनुसार देशभर सञ्चालित २ सय ३३ वटा कलेजमध्ये आधाभन्दा बढीले काउन्सिलको मापदण्ड पूरा गरेका छैनन् । यस्ता कलेजका विषयमा जानकारी हुँदा पनि काउन्सिलले ती कलेजलाई कारबाही गर्ने हिम्मत भने गर्न सकेको छैन । विभिन्न राजनीतिक दल आबद्ध व्यक्ति, चिकित्सक र ठूला व्यवसायीहरूको दबाबका कारण काउन्सिल समस्या देखेर पनि नदेखेझैं बस्न बाध्य छ ।

'यहाँ धेरै कलेजमा नेताहरूकै संलग्नता छ,'

नियमविपरीत ४० सिट चलाउने ५० बेडका अस्पताल

१. एड्भान्स स्टडिज अफ हेल्थ साइन्स (बुटवल अस्पताल, रुपन्देही)
२. अग्रिम एकेडमी प्रालि लहान, सिरहा (फ्रेन्डसिप अस्पताल)
३. बालकुमारी कलेज, चितवन (नेसनल सिटी अस्पताल)
४. भक्तपुर ट्रेनिङ सेन्टर, भक्तपुर (कोरिया नेपाल फ्रेन्डसिप अस्पताल)
५. चक्रवर्ती हबी एजुकेसन एकेडेमी, भक्तपुर (गणेशमान अस्पताल)
६. चितवन एकेडेमी फर टेक्निकल एजुकेसन, चितवन (चितवन मोडेल अस्पताल)
७. दोलखा मल्टी सेक्टरल ट्रेनिङ, दोलखा (दोलखा सामुदायिक अस्पताल)
८. हिमालयन प्यारामेडिक्स इन्स्टिच्युट, ओखलढुंगा (मिसन अस्पताल)
९. होली भिजन नर्सिङ कलेज, काठमाडौं (हिमाल हस्पिटल एन्ड रिसर्च सेन्टर)
१०. हस्पिटल फर एड्भान्स मेडिसिन एन्ड सर्जरी (ह्याम्स), काठमाडौं (ह्याम्स अस्पताल)
११. कालीगण्डकी अस्पताल, कास्की (कालीगण्डकी अस्पताल)
१२. कालिका मेडिकल एन्ड टेक्निकल इन्स्टिच्युट, परासी (मनकामना अस्पताल)
१३. काठमाडौं नर्सिङ क्याम्पस, काठमाडौं (काठमाडौं अस्पताल)
१४. कुमारी कम्युनिटी एएनएम ट्रेनिङ सेन्टर, परासी (भरतपुर अस्पताल)
१५. मदन भण्डारी मेमोरियल एकेडेमी, मोरङ (भद्रपुर अस्पताल)
१६. मेची टेक्निकल ट्रेनिङ एकेडेमी, झापा (मेची अञ्चल अस्पताल)
१७. मकवानपुर टेक्निकल इन्स्टिच्युट, मकवानपुर (हेटौंडा अस्पताल)
१८. मनकामना नर्सिङ कलेज चितवन, (मौलाकालिका अस्पताल)
१९. मेडिकल इन्स्टिच्युट लहान, सिरहा (सप्तऋषि अस्पताल)
२०. नारायणी मेडिकल एन्ड टेक्नोलोजी नर्सिङ कलेज, मकवानपुर (हेटौंडा अस्पताल)
२१. नेपाल इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स, काठमाडौं (स्तुपा अस्पताल)
२२. नेपाल इन्स्टिच्युट अफ मेडिकल साइन्स एन्ड टेक्नोलोजी, काठमाडौं (ग्लोबल अस्पताल)
२३. ओम समाज शैक्षिक प्रतिष्ठान, काठमाडौं (नेपाल प्रहरी अस्पताल)
२४. अक्सब्रिज टेक्निकल कलेज, रुपन्देही (लुम्बिनी सिटी अस्पताल)
२५. पद्मा नर्सिङ होम स्कुल अफ नर्सिङ, कास्की (पद्मा नर्सिङ होम)
२६. पिपुल्स मल्टिपल हेल्थ इन्स्टिच्युट, सुनसरी (सुरक्षा अस्पताल)
२७. पब्लिक टेक्निकल इन्स्टिच्युट, सिरहा (लहान अस्पताल)
२८. राप्ती लाइफ केयर अस्पताल, दाङ (राप्ती उपक्षेत्रीय अस्पताल)
२९. सगरमाथा टेक्निकल इन्स्टिच्युट, मोरङ (इनरुवा जिल्ला अस्पताल)
३०. शारदा इन्स्टिच्युट अफ टेक्नोलोजी, धनुषा (जलेश्वर अस्पताल)
३१. श्री मेडिकल एन्ड टेक्निकल कलेज, चितवन (पुष्पाञ्जली अस्पताल)
३२. सुनसरी टेक्निकल स्कुल, सुनसरी (विजयपुर अस्पताल)
३३. सुर्खेत एजुकेसन डेप्लोपमेन्ट एकेडेमी, सुर्खेत (मध्यपश्चिम क्षेत्रीय अस्पताल)
३४.टेक्निकल ट्रेनिङ सेन्टर, सिन्धुली (सिन्धुली जिल्ला अस्पताल)
३५.तम्घास टेक्निकल स्कुल, गुल्मी (गुल्मी अस्पताल)
३६. त्रिशूली मेडिकल इन्स्टिच्युट, नुवाकोट (त्रिशूली अस्पताल)
३७. विनायक कलेज अफ हेल्थ साइन्स, काठमाडौं (विनायक हस्पिटल एन्ड म्यार्टनिटी होम प्रालि)
३८. वेस्टर्न हस्पिटल नर्सिङ क्याम्पस, नेपालगन्ज (वेस्टर्न हस्पिटल एन्ड रिसर्च सेन्टर)

स्रोतः नेपाल नर्सिङ काउन्सिल

काउन्सिलकी एक सदस्यले भनिन्, 'मापदण्ड र पूर्वाधार नपुग्नेमा उनीहरूकै कलेज हुन्छ । तर, हामीले केही गर्न सकेका छैनौं ।'

काउन्सिलको तथ्यांक अनुसार नेपालमा हाल नेपालमा अनमीतर्फ ५१, प्रवीणता प्रमाणपत्र तहतर्फ १ सय १७, ब्याचलर अफ नर्सिङतर्फ ४०, बिएस्सी नर्सिङतर्फ ४७, ब्याचलर इन मिडवाइफ्री साइन्सतर्फ २ र मास्टर्स इन नर्सिङतर्फ ८ वटा कलेजमा अध्यापन हुन्छ । यीमध्ये केही कलेजले २ वा त्योभन्दा बढी कार्यक्रमसमेत चलाएका छन् । तर, काउन्सिलको तथ्यांक अनुसार यी सबै कलेजमध्ये आधाभन्दा बढीले मापदण्ड र पूर्वाधार पूरा गरेका छैनन् ।

काउन्सिलले अनमी, पिसिएल, बिएन, बिएस्सी, बिएमएस र एमएनका लागि छुट्टाछुट्टै मापदण्ड र पूर्वाधार तोकेको छ । काउन्सिलले तहगत आधारमा अस्पताल, पाठ्यक्रम, पूर्वाधार, प्रयोगात्मक कार्यक्रम, समुदायमा गएर अध्ययन गर्नुपर्ने, शिक्षक लगायतका विषयमा मापदण्ड र पूर्वाधार तोकेको छ । तर, काउन्सिलले तोकेका यी सबै विषय अनुसारको मापदण्ड र पूर्वाधार पूरा गर्ने कलेजको संख्या मुस्किलले २५ प्रतिशत मात्र रहेको काउन्सिल स्रोत बताउँछ ।

मापदण्डविपरीत कलेज सञ्चालन गर्नेमा सिटिइभिटी अन्तर्गतका कलेज धेरै रहेका छन् । त्यसपछि पूर्वाञ्चाल विश्वविद्यालयबाट सम्बन्धन लिएर चलेका कलेज पनि छन् । काउन्सिलको परीक्षामा धेरै अनुत्तीर्ण हुनेमा पनि सिटिइभिटी अन्तर्गतका कलेजमा पढ्ने विद्यार्थी बढी छन् ।

काउन्सिलकी अध्यक्ष प्राडा गोमा निरौला नर्सिङ कलेजलाई मापदण्ड अनुसार सञ्चालनमा ल्याउन काउन्सिल एक्लैको प्रयासले सम्भव नभएको बताउँछिन् । उनका अनुसार यसका लागि स्वास्थ्य मन्त्रालय, शिक्षा मन्त्रालय र काउन्सिलको त्रिपक्षीय समन्वय आवश्यक छ ।

छैनन् आफ्नै अस्पताल

नर्सिङ कलेज सञ्चालन गर्न अनिवार्य रूपमा



आफ्नै अस्पताल हुनुपर्ने नियम छ । स्वास्थ्य मन्त्रालयले २०६७ सालमा नर्सिङ कलेजको आफ्नै अस्पताल हुनुपर्ने निर्णय गरेको थियो । नर्सिङ कलेज सञ्चालनका लागि कम्तिमा पनि अनिवार्य रूपमा ५० बेडको आफ्नै अस्पताल हुनुपर्छ । अस्पताल भएर मात्र पुग्दैन, यस्ता अस्पतालमा बेडको अकुपेन्सी ६० प्रतिशतभन्दा बढी हुनुपर्छ ।

सरकारले नर्सिङ कलेजलाई अस्पताल निर्माणका लागि २०७४ असोज मसान्तसम्मको समय दिएको थियो । तर, कलेजले सरकारको उक्त निर्णयलाई बेवास्ता गर्दै अस्पताल निर्माणमा अटेरी गर्दै आइरहेका छन् ।

सरकारले दिएको अन्तिम समय सकिएर पनि २ वर्ष पूरा हुन लागिसकेको छ । यो अवधिमा अझै पनि ९३ वटा कलेजका आफ्नै अस्पताल छैनन् । *(आफ्नै अस्पताल नभएका कलेजको नामावली बक्समा)*

उक्त व्यवस्था विपरीतका कलेजलाई धमाधम सिट संख्या दिने काम भइरहेको छ । सरकारकै नियमविपरीत कलेज सञ्चालन भइरहे पनि नियामक निकाय स्वास्थ्य मन्त्रालय, शिक्षा मन्त्रालय, काउन्सिल, सिटिइभिटी र विश्वविद्यालय तथा प्रतिष्ठानहरू नै कलेजको गलत काममा साथ दिँदै आइरहेका छन् ।

आफ्नै अस्पताल हुनुपर्ने सरकारको निर्णय कार्यान्वयनमा ल्याउन काउन्सिलले २०७१ बैसाख ९ गते तहगत आधारमा कलेज तथा अस्पतालको मापदण्डका विषयमा निर्णय गरेको थियो । उक्त बैठकले प्रमाणपत्र तह सञ्चालन गर्ने कलेजसँग कम्तिमा ५० शय्याको अस्पताल हुनुपर्ने व्यवस्था गरेको छ । ती अस्पताल स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मापदण्ड र पूर्वाधार पूरा गरेर निर्माण भएको हुनुपर्छ । यस्ता अस्पतालमा मेडिकल, सर्जिकल, प्रसूति तथा बालरोग उपचार कक्ष हुनुपर्ने लगायतका मापदण्ड तोकिएको छ । त्यसमा नाक, कान, घाँटी, अर्थोपेडिकको अन्तरंग सेवासमेत सञ्चालन गरेको हुनुपर्नेछ । सो विशेष सेवाको लागि अन्य अस्पतालसँग स्विकृति लिई प्रयोगात्मक



प्राक्टिकल गराउने स्तरीय ठाउँ भएन



तारा पोखरेल
अध्यक्ष, नेपाल नर्सिङ संघ

अहिले जुन परिणाम आएको छ, पक्कै पनि हामीलाई दुःखी तुल्याएको छ । यसले नर्सिङ शिक्षामा चुनौती थपेको छ । नर्सिङ लाइसेन्समा धेरै फेल भएका विद्यार्थी भारतबाट पढेर आएका पनि छन् । त्यहाँको शिक्षाको गुणस्तरमा पनि प्रश्न उठेको छ । अहिले हामी शिक्षा मन्त्रालय, नर्सिङ काउन्सिल, नर्सिङ संघबाट छलफलका लागि बसेका पनि छौं ।

कलेजहरूले विद्यार्थी लाई राम्ररी प्राक्टिकल गराएका छन् कि छैनन्, सबैको आ-आफ्नो अस्पताल छ या छैन, आदि कुरामा हेरिरहेका छौं । धेरैमा प्राक्टिकल गराउने ठाउँको अभाव भेटिएको छ । गुणस्तर कसरी कायम गर्ने भन्नेमा हामीले ध्यान दिएका छौं ।

अबदेखि पिसिएल र नर्सिङको परीक्षा पनि छुट्टाछुट्टै पो गराउने हो कि भन्ने अवधारणा पनि हामीले देखेका छौं । प्राक्टिकल गराउने स्तरीय ठाउँको अभावकै कारण परिणाम अपेक्षित नआएको हो ।

अभ्यास गराउन सकिने पनि उक्त निर्णयमा उल्लेख गरिएको छ ।

काउन्सिलकै मापदण्ड अनुसार स्नातक तहको ४० सिट संख्याको बिएनएस वा ४० सिट संख्याको पिसिएल वा ३० सिट संख्याको बिएस्सी नर्सिङ कार्यक्रमको कुनै एक मात्र कार्यक्रम सञ्चालन गर्न कम्तिमा १ सय शय्याको अस्पताल हुनुपर्नेछ ।

त्यसैगरी, बिएनएस ४० सिट र बिएस्सी नर्सिङ २० सिट संख्याको कार्यक्रमका लागि १ सय ८० शय्याको अस्पतालको अन्तरंग सेवाका साथै डेन्टल र डेन्टोलोजी डिपार्टमेन्टको बहिरंग सेवा हुनुपर्नेछ । प्रमाणपत्र तहको ४० सिट संख्याको कार्यक्रम सञ्चालन गरिरहेको शिक्षण संस्थाले बिएनएस ४० सिट संख्या र बिएस्सी नर्सिङ ३० सिट संख्याको कार्यक्रम सञ्चालन गर्न कम्तिमा ३ सय ३० शय्याको अस्पताल हुनुपर्ने परिषद्को मापदण्डमा रहेको छ ।

पिसिएल साथै बिएनएस र बिएस्सी नर्सिङ कार्यक्रम सञ्चालन गरिरहेको शिक्षण संस्थाको लागि थप एमएन वा एमएस्सी नर्सिङ कार्यक्रम सञ्चालनको लागि कम्तिमा ३ सय ५० शय्याको अस्पताल हुनुपर्छ । पिसिएलबाहेक बिएनएस र बिएस्सी नर्सिङ कार्यक्रम सञ्चालन गर्न कम्तिमा ३ सय शय्याको अस्पताल चाहिन्छ ।

प्रमाणपत्र तह नर्सिङ साथै, स्नातक तहको बिएनएस र बिएससी नर्सिङ कार्यक्रम सञ्चालन गरिरहेको शिक्षण संस्थाको लागि थप एमएन अथवा एमएसी नर्सिङ कार्यक्रम सञ्चालनको लागि कम्तिमा ३५० शय्याको अस्पताल हुनुपर्नेछ ।

प्रमाणपत्र तह नर्सिङबाहेक बिएनएस र बिएससी नर्सिङ कार्यक्रम सञ्चालन भएको संस्थामा एमएन अथवा एमएस्सी नर्सिङ कार्यक्रम सञ्चालन गर्न कम्तिमा ३ सय शय्याको अस्पताल आवश्यक हुन्छ ।

एमएन अथवा एमएस्सी नर्सिङ स्पेसियालिटीका लागि तल उल्लेखित मापदण्ड हुनुपर्नेछ-

१. एडल्ट नर्सिङ : जेनरल सर्भिसेजका साथै सुपर स्पेसियालिटी सर्भिसेज जस्तै डायलाइसिस, अंकोलोजी, न्युरो मेडिसिन सर्जरी, कार्डियाक मेडिसिन सर्जरीको लागि आफ्नै वा अन्य अस्पतालसँग स्विकृति लिई सञ्चालन गर्न सकिनेछ ।

२ मिडवाइफ्री नर्सिङको लागि कम्तिमा ५० शय्याको म्याटरनिटी युनिट हुनुका साथै एमआइसियु, एनआइसियु ओटी सेवाका लागि आफ्नै वा अन्य अस्पतालसँग स्विकृति लिई सञ्चालन गर्न सकिनेछ ।

३ चाइल्ड हेल्थ नर्सिङको लागि कम्तिमा ५० शय्याको पेडियाट्रिक युनिट हुनाको साथै एनआइसियु, पिआइसियु, अंकोलोजी, एसआइसियु सेवाको लागि आफ्नै अस्पताल अथवा अन्य अस्पतालसँग स्विकृति लिई सञ्चालन गर्न सकिनेछ ।

४ साइकियाट्रिक नर्सिङको लागि कम्तिमा ३० शय्याको साइकियाट्रिक युनिट हुनुपर्नेछ ।

५. पाँच सय वा सोभन्दा माथि शय्या भएको अस्पतालमा पिसिएल २, बिएस्सी १, बिएनएस १ र एमएन एमएससी १ चलाउन सकिनेछ । २ वटा पिसिएलको हकमा पिसिएल १ आंगिक र १ सम्बन्धन दिई चलाउन सकिनेछ ।

अस्पताल सञ्चालनमा आएको शय्याको संख्या र बेडको आधारामा भर्ना संख्या तोकिने परिषद्को मापदण्ड रहेको छ । विद्यार्थी र अस्पताल शय्या संख्याको अनुपातमा सामान्यतया १ः३ हुनुपर्ने उल्लेख छ । त्यो भनेको १ विद्यार्थी बराबर ३ शय्या हुनुपर्छ ।

तर, यो मापदण्ड पूरा नगर्ने कलेजको संख्या ७५ प्रतिशतभन्दा बढी रहेको छ । यस्तो अवस्था रहँदा पनि काउन्सिल चुप लागेर बस्न बाध्य भएको काउन्सिलका पदाधिकारी बताउँछन् । 'समस्या छ तर पनि हामी एक्लैले केही गर्न सकेका छैनौं,' अध्यक्ष निरौला भन्छिन्, 'यो विषयमा हामीले स्वास्थ्य र शिक्षा मन्त्रालयमा पनि जानकारी गराइसकेका छौं । हेरौं, अब केही सुधार हुन्छ कि ।'

पूर्वसूचना, भाडामा सामान ल्याउँदै झुक्याउँदै

कलेजहरूलाई विद्यार्थी भर्नाका लागि सिट तोक्नुअघि कलेजहरूको अनुगमन हुने गरेको छ । तर, ती सबै अनुगमन पूर्वसूचना दिएर नै हुने गर्छ । जसका कारण कलेजहरूले अनुगमनका समयमा देखाउन मात्र भाडामा आवश्यक उपकरण तथा जनशक्ति ल्याएर देखाउने गरेका छन् । यतिमात्र होइन कलेजहरूले अनुगमनको समयमा निःशुल्क शिविर गर्दै बिरामीको संख्या बढी देखाउने कामसमेत गर्ने गरेका छन् ।

अन्य समयमा अस्पतालमा बिरामीको संख्या निकै कम हुनुका साथै आवश्यक उपकरणको पनि अभाव हुन्छ । तर, अनुगमनका बेला बिरामी भरिभराउ देखिन्छन् ।

कलेजहरूले अनुगमनको समयमा झुक्याउने गरेको विषयमा गुनासो आएपछि काउन्सिलले छड्के अनुगमनसमेत गरेको थियो । सो समयमा कलेजले फट्याइँ गर्ने गरेको कुरा पुष्टि भएको अध्यक्ष निरौलाले जानकारी दिइन् । 'हाम्रो छड्के अनुगमनका क्रममा धेरै कलेजले अन्यत्रबाट केही दिनका लागि भाडामा सामान ल्याउने गरेको फेला परेका थियौं,' उनले भनिन्, 'त्यस्ता कलेजलाई हामीले कारबाहीको प्रक्रिया अगाडि बढाएका छौं ।'

नाम मात्रको प्रयोगात्मक

आफ्नै अस्पताल नभएका कलेजले सरकारी अस्पताल देखाएर विद्यार्थी भर्ना गर्दै आइरहेका छन् । यस्ता कलेजमा प्रयोगात्मक अभ्यासको अवस्था निकै कमजोर छ । आफ्नै अस्पताल भएका तर बेड अकुपेन्सी निकै कम रहेका अस्पतालमा समेत प्रयोगात्मक अभ्यासको अवस्था दयनीय रहेको स्वास्थ्य मन्त्रालयले केही समय गरेको अनुगमनमा फेला परेको छ ।

मन्त्रालयले गरेको उक्त अनुगमनको प्रतिवेदन अझै सार्वजनिक गरिएको छैन । तर, स्वास्थ्यखबर पत्रिकालाई प्रतिवेदनमा भएका विषय जानकारी दिँदै मन्त्रालय स्रोतले भन्यो, 'नर्सिङ कलेजहरूको अवस्था निकै खराब रहेछ, तत्कालै यी विषय सुधार गर्ने काममा नलाग्ने हो भने भविष्यमा अस्पताल सिपबिनाका नर्सले भरिन्छन् ।'

नर्सिङ अध्ययनका क्रममा विद्यार्थीहरूले

यी ९३ कलेज जसका आफ्नै अस्पताल छैनन्

१. एड्भान्स स्टडिज अफ हेल्थ साइन्स, रुपन्देही
२. अग्रिमा एकेडेमी प्रालि लहान, सिराहा
३. एसियन कलेज फर एड्भान्स स्टडिज, ललितपुर
४. बाग्लुङ टेक्निकल इन्स्टिच्युट, बाग्लुङ
५. बालकुमारी कलेज, चितवन
६. भक्तपुर टेक्निकल ट्रेनिङ सेन्टर, भक्तपुर
७. भेरी कलेज अफ मेडिकल साइन्स, बाँके
८. भेरी नर्सिङ कलेज, बाँके
९. विराटनगर नर्सिङ क्याम्पस, मोरङ
१०. बोस्टन एकेडमी फर मेडिकल साइन्स, चितवन
११. सेन्टर फर इन्टिग्रेटेड कम्युनिटी डेभलपमेन्ट, कैलाली
१२. चक्रवर्ती हबी एजुकेसन एकेडेमी, भक्तपुर
१३. छिन्नमस्ता एजुकेसन एकेडेमी, सप्तरी
१४. चितवन एकेडेमी फर टेक्निकल एजुकेसन, चितवन
१५. दीपज्योति नर्सिङ क्याम्पस, दाङ
१६. देउराली जनता प्राविधिक शिक्षालय, रुपन्देही
१७. धौलागिरि प्राविधिक शिक्षा प्रतिष्ठान, कास्की
१८. डिभाइन इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ ट्रेनिङ सेन्टर, पर्सा
१९. दोलखा मल्टिसेक्टर ट्रेनिङ इन्स्टिच्युट, दोलखा
२०. एभरग्रिन टेक्निकल इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स, पर्सा
२१. फारवेस्ट टेक्निकल कलेज, कैलाली
२२. गण्डकी टेक्निकल ट्रेनिङ सेन्टर, कास्की
२३. ग्रिन तारा कलेज अफ हेल्थ साइन्स, ललितपुर
२४. गुणराज पाठक मेमोरियल नर्सिङ क्याम्पस, काठमाडौं
२५. हाम्रो स्कुल अफ नर्सिङ, मोरङ
२६. हिमालयन मेडिकल एजुकेसन सोसाइटी, ललितपुर
२७. हिमालय प्यारामेडिकल इन्स्टिच्युट, ओखलढुंगा
२८. होली भिजन नर्सिङ क्याम्पस, काठमाडौं
२९. होप इन्टरनेसनल कलेज, ललितपुर
३०. ह्युमन रिर्सोस डेभलपमेन्ट इन्स्टिच्युट, काठमाडौं
३१. इनोभेटिभ कलेज अफ हेल्थ साइन्स प्रालि, काठमाडौं
३२. इनोभेटिभ डेभलपमेन्ट एजुकेसन एकेडेमी, कास्की
३३. इन्स्टिच्युट अफ कम्युनिटी हेल्थ, कञ्चनपुर
३४. इन्स्टिच्युट अफ मेडिकल टेक्नोलोजी, चितवन
३५. इटहरी हेल्थ कलेज, सुनसरी
३६. जनकपुर नर्सिङ क्याम्पस, धनुषा
३७. कञ्चनजंघा इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स, झापा
३८. कपिलवस्तु टेक्निकल इन्स्टिच्युट, कपिलवस्तु
३९. काठमाडौं इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स, काठमाडौं
४०. काभ्रे हेल्थ ट्रेनिङ इन्स्टिच्युट, काभ्रेपलाञ्चोक
४१. खोप: पोलिक्लिक इन्स्टिच्युट, भक्तपुर
४२. कोशी हेल्थ एन्ड साइन्स क्याम्पस, मोरङ
४३. कोसी हेल्थ इन्स्टिच्युट एन्ड साइन्स, मोरङ
४४. कृष्ण मेडिकल एन्ड टेक्निकल रिसर्च सेन्टर, धनुषा
४५. कुमारी कम्युनिटी एएनएम ट्रेनिङ सेन्टर, परासी
४६. लहान सगरमाथा एजुकेसनल एकेडेमी, सिरहा
४७. ललित पोलिक्लिनिक ट्रेनिङ इन्स्टिच्युट ललितपुर
४८. लुम्बिनी इन्स्टिच्युट अफ टेक्निकल साइन्स, रुपन्देही
४९. मदन भण्डारी मेमोरियल एकेडेमी, मोरङ
५०. मध्यपश्चिम टेक्निकल स्कुल, बाँके
५१. मैयाँदेवी गर्ल्स कलेज, चितवन
५२. मकवानपुर टेक्निकल कलेज, सुनसरी
५३. मकालु टेक्निकल कलेज, सुनसरी
५४. मैयाँदेवी टेक्निकल कलेज, रुपन्देही
५५. मेची टेक्निकल ट्रेनिङ एकेडेमी, झापा
५६. मोर्डन इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स, उदयपुर
५७. नारायणी मेडिकल एन्ड टेक्नोलोजी, मकवानपुर
५८. नेसनल एकेडेमी फर मेडिकल साइन्स, काठमाडौं
५९. नेसनल हेल्थ फाउन्डेसन, काभ्रे
६०. नेपाल इन्स्टिच्युट अफ मेडिकल साइन्स, काठमाडौं
६१. नेपाल टेक्निकल इन्स्टिच्युट, धनुषा
६२. नाइटिंगेल नर्सिङ क्याम्पस, काठमाडौं
६३. नोवेल एकेडेमी प्रालि, कास्की
६४. अक्सब्रिज टेक्निकल कलेज, रुपन्देही
६५. पियु कलेज अफ मेडिकल एलाइड साइन्सेज, मोरङ
६६. पाल्पा टेक्निकल कलेज, पाल्पा
६७. पिपुल्स मल्टिपल हेल्थ इन्स्टिच्युट, सुनसरी
६८. पोखरा टेक्निकल हेल्थ मल्टिपल इन्स्टिच्युट, कास्की
६९. पब्लिक टेक्निकल इन्स्टिच्युट, सिराहा
७०. राजदेवी टेक्निकल इन्स्टिच्युट, सप्तरी
७१. सगरमाथा टेक्निकल इन्स्टिच्युट, मोरङ
७२. शैलजा आचार्य मेमोरियल पोलिटेक्निक, मोरङ
७३. शैलेश्वरी फारवेस्ट स्कुल अफ हेल्थ साइन्स, कैलाली
७४. सञ्जीवनी कलेज अफ मेडिकल साइन्सेज, रुपन्देही
७५. सान इन्स्टिच्युट अफ नर्सिङ, काठमाडौं
७६. स्कुल अफ हेल्थ एन्ड एलाइड साइन्सेज, कास्की
७७. सेती महाकाली नर्सिङ क्याम्पस, कञ्चनपुर
७८. शारदा इन्स्टिच्युट अफ टेक्नोलोजी, धनुषा
७९. श्रद्धा इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स, भक्तपुर
८०. श्री फुल्चोकी नर्सिङ क्याम्पस, काभ्रेपलाञ्चोक
८१. सिद्धार्थ इन्स्टिच्यूट अफ मेडिकल टेक्नोलोजी, पाल्पा
८२. सिन्हा हेल्थ फाउन्डेसन, धनुषा
८३. सुनसरी टेक्निकल स्कुल, सुनसरी
८४. सुर्खेत एजुकेसन डेभलपमेन्ट एकेडेमी, सुर्खेत
८५. सुष्मा कोइराला मेमेरियल क्याम्पस, बाँके
८६. तम्घास टेक्निकल स्कुल, गुल्मी
८७. तानसेन नर्सिङ स्कुल, पाल्पा
८८. टेक्निकल ट्रेनिङ सेन्टर, सिन्धुली
८९. द हिमाल इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स, पर्सा
९०. त्रिशुली मेडिकल इन्स्टिच्युट, नुवाकोट
९१. उदयपुर टेक्निकल ट्रेनिङ स्कुल, सप्तरी
९२. युनिक कलेज अफ मेडिकल साइन्स, रुपन्देही
९३. यति हेल्थ साइन्स एकेडेमी, काठमाडौं

स्रोतः नेपाल नर्सिङ काउन्सिल

अस्पतालमा मात्र नभई समुदाय स्तरमा समेत पुगेर सामान्यतया ६ देखि ८ हप्ता प्रयोगात्मक अभ्यास गर्नुपर्छ । तर, ती कार्यक्रम नाम मात्रैका छन् भन्ने कुरा मन्त्रालय र काउन्सिलकै अनुगमनका क्रममा फेला परेको छ ।

त्यतिमात्रै होइन, पिसिएल नर्सिङ पढ्ने विद्यार्थीले अस्पतालका विभिन्न विभागमा केही हप्ता काम गर्नुका साथै १५ वटा सुत्केरीसमेत गराउनुपर्छ । धेरैजसो अस्पताल नभएका कलेजले विद्यार्थीलाई एउटा गाडीमा राखेर सरकारी अस्पतालमा पुऱ्याउने र फर्काउने काम मात्र गर्छन् । अस्पताल भएर पनि बेड अकुपेन्सी नभएका कलेजमा त गर्भवतीको अनुहारसमेत विद्यार्थीले देख्न नपाएको अनुगमनका क्रममा फेला परेको स्वास्थ्य मन्त्रालय स्रोतले जानकारी दियो ।

पदाधिकारीकै मिलेमतो

मापदण्ड विपरीतका कलेजलाई धमाधम सम्बन्धन दिने काममा सिटिइभिटी र विश्वविद्यालयका पदाधिकारीकै मिलेमतो हुने गरेको स्रोतको दाबी छ । स्रोतका अनुसार कलेजहरूले मापदण्ड र पूर्वाधार पूरा नगरेको, सिप बिनाको नर्सिङ जनशक्ति उत्पादन गरिरहेको, अदक्ष चिकित्सक राखेर पढाइरहेको लगायतका विषयमा जानकारी रहे पनि सिटिइभिटी र विश्वविद्यालयका पदाधिकारीले कलेजका समस्यामा आँखा चिम्लिँदै धमाधम पढाउने अनुमति दिइरहेका छन् ।

'जबसम्म यस्ता पदाधिकारीमाथि कारबाही हुँदैन, तबसम्म नर्सिङ शिक्षामा सुधार हुँदैन,' स्रोत भन्छ, 'राजनीतिक दबाबका साथै आर्थिक चलखेलका कारण नर्सिङ शिक्षामा विकृति भित्रिएको हो ।'

काउन्सिलका अनुसार सञ्चालनमा रहेका आधाजति कलेज नर्सिङ पढाउन 'डिसक्वालिफाइड' छन् । काठमाडौंको मनमोहन मोमोरियल नर्सिङ कलेज, भक्तपुरको चक्रवर्ती नर्सिङ कलेज, बुटवलको मेडिटेक कलेज, प्रदेश नम्बर २ का अधिकांश नर्सिङ कलेजको मापदण्ड नपुगे भन्दै काउन्सिलले पटकपटक पत्र पठाएको थियो । तर, ती कलेजले धमाधम हरेक वर्ष विद्यार्थी भर्नाको अनुमति पाइरहेका छन् ।

'नर्सिङ जनशक्तिको गुणस्तर सुधार्न मापदण्ड नपुगेका कलेजलाई बन्द गर्नुपर्छ,' काउन्सिलकी अध्यक्ष प्राडा निरौला भन्छिन् ।

पछिल्लो समय गुणस्तरीय शिक्षाभन्दा व्यवसायको रूपमा नर्सिङ कलेज फस्टाउँदै गएको नर्सहरूको आरोप छ ।

'कलेजले नर्सिङलाई कमाइ खाने भाँडो मात्र बनाइएको छ, कलेजमा प्रयोगात्मक अभ्यास गराइँदैन,' नर्स बालु चौधरी भन्छिन्, 'पढाइ सकिदाँसम्म एक जना बिरामी छुन पाइँदैन ।'

काउन्सिल अध्यक्ष निरौला नयाँ चिकित्सा शिक्षा ऐनअनुसार मापदण्ड पुगेका कलेजलाई मात्र सञ्चालन गर्नुपर्ने बताउँछिन् । 'सरकारी अस्पताल देखाएर नर्सिङ कलेज चलाउन पाइँदैन,' उनले भनिन् ।

कतिपय कलेजमा सिक्ने, सिकाउने वातावरण अनुकूल नरहेको उनको भनाइ छ ।

भारतबाट पढेर फर्कनेको गुणस्तरमा प्रश्न

नेपालका कलेजमा अध्ययनरत विद्यार्थीको मात्र होइन नेपालमा हरेक वर्ष एक हजारजति विद्यार्थी भारतका विभिन्न कलेजमा अध्ययन गरेर फर्कने गरेका छन् । धेरैजसो बैंगलोरका कमसल कलेजमा पढेर फर्कने गरेको काउन्सिलको तथ्यांकले देखाउँछ ।

भारतका कलेजमा पढेका विद्यार्थीहरू सैद्धान्तिक रूपमा केही राम्रा भए पनि प्रयोगात्मक अभ्यासमा भने निकै कमजोर रहेको पाइन्छ । यहाँसम्म कि भारतका कमसल नर्सिङ कलेजमा पढेका विद्यार्थीले बिरामी छुनसमेत पाएका हुँदैनन् । 'यसले गर्दा भारतका कमसल कलेजमा पढेर फर्केका विद्यार्थीको सिपमा समेत गम्भीर प्रश्न उठ्ने गरेको छ,' स्वास्थ्य मन्त्रालयका सहसचिव डा दीपेन्द्ररमण सिंह भन्छन् । नर्सिङको गुणस्तर बढाउने विषयमा मन्त्रालयले आवश्यक कदम अगाडि बढाइसकेको उनको भनाइ छ ।

स्वास्थ्य राज्यमन्त्रीको कलेज जोगाउने खेल

काउन्सिलको मापदण्ड अनुसार ५० शय्या अस्पताल चलाएका कलेजलाई पिसिएलका लागि बढीमा २० सिट मात्र दिन मिल्छ । तर, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले ५० बेडका अस्पताल भएका नर्सिङ कलेजलाई समेत नियमविपरीत ४० सिट दिन नेपाल नर्सिङ काउन्सिललाई दबाब दिएको बुझिएको छ ।

स्वास्थ्य राज्यमन्त्री डा सुरेन्द्रप्रसाद यादवको जनकपुरस्थित कलेज जानकी हेल्थ केयर एन्ड रिसर्च सेन्टरले १०० बेडको भए पनि बेड अकुपेन्सी काउन्सिलको मापदण्डअनुसार छैन । उनको कलेजले हाल ४० जना विद्यार्थी

कुन संस्थामा कति पास, कति फेल

संस्थाको नाम	पास	फेल
एड्भान्स स्टडी अफ हेल्थ साइन्स तिलोत्तमा, रुपन्देही	१	४
अल्का इन्स्टिच्युट अफ मेडिकल साइन्स हात्तिवन, ललितपुर	२	२
आशा हस्पिटल प्रालि भरतपुर, चितवन	४	१०
एसियन कलेज फर एडभान्स स्टडी सातदोबाटो, ललितपुर	०	२
बिएन्डबि मेडिकल इन्स्टिच्युट प्रालि ग्वार्को, ललितपुर	२	३
बिपी कोइराला इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स धरान, सुनसरी	२	०
बिपी मेमोरियल हेल्थ इन्स्टिच्युट एन्ड रिसर्च सेन्टर काठमाडौं	१	२
बालकुमारी कलेज, चितवन	१	७
भरतपुर हस्पिटल नर्सिङ कलेज भरतपुर, चितवन	२	४
भेरी कलेज अफ मेडिकल साइन्स गुलरिया, बाँके नेपाल	१	५
भेरी नर्सिङ कलेज नेपालगञ्ज, बाँके	४	१५
विराट हेल्थ कलेज विराटनगर, मोरङ	८	१७
बोस्टन एकेडेमी फर मेडिकल साइन्स भरतपुर, चितवन	०	४
केयर मेडिकल सेन्टर जनकपुरधाम, धनुषा	२	२३
चक्रवर्ती हबी एजुकेसन एकेडेमी	३	१७
चरक एकेडेमी पोखरा, कास्की	३	८
छिन्नमस्ता एजुकेसन एकेडेमी प्रालि राजविराज, सप्तरी	५	४६
चितवन एकेडेमी फर टेक्निकल एजुकेसन भरतपुर, चितवन	०	९
चितवन मेडिकल कलेज भरतपुर, चितवन	१	०
कलेज अफ मेडिकल साइन्स भरतपुर, चितवन	७	९
दीपज्योति टेक्निकल इन्स्टिच्युट घोराही, दाङ	२	१०
देउराली जनता प्राविधिक शिक्षालय बुटवल, रुपन्देही	०	९
एभरेस्ट कलेज अफ नर्सिङ तीनकुने, काठमाडौं	०	२
एभरग्रिन टेक्निकल इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स वीरगञ्ज, पर्सा	२	१६
फारवेस्ट टेक्निकल कलेज धनगढी, कैलाली	०	५
फेवासिटी इन्स्टिच्युट अफ मेडिकल साइन्स पोखरा, कास्की	३	४
फिस्टेल नर्सिङ कलेज पोखरा, कास्की	०	२
ग्रिनतारा कलेज अफ हेल्थ साइन्स भैंसेपाटी, ललितपुर	२	१४
गुणराज पठक मेमोरियल नर्सिङ क्यापस बालुवाटार, काठमाडौं	२	५
हाम्रो स्कुल अफ नर्सिङ विराटनगर, मोरङ	३	२
ह्याम्स नर्सिङ कलेज धुम्बाराही, काठमाडौं	०	४
हिमाल इन्स्टिच्युट अफ टेक्निकल साइन्स वीरगञ्ज, पर्सा	०	३
हिमालयन मेडिकल एजुकेसन सोसाइटी ग्वार्को, ललितपुर	०	१४
होलिभिजन टेक्निकल क्याम्पस नयाँ बानेश्वर, काठमाडौं	२	५
होप इन्टरनेसनल कलेज सातदोबाटो, ललितपुर	५	९
इन्स्टिच्युट अफ मेडिकल टेक्नोलोजी प्रालि भरतपुर, चितवन	६	१८
इवामुरा कलेज अफ हेल्थ साइन्स सल्लाघारी, भक्तपुर	२	२
जानकी मेडिकल कलेज जनकपुरधाम, धनुषा	१	१३
जनकपुर नर्सिङ क्याम्पस जनकपुरधाम, धनुषा	०	१०
जनमैत्री फाउन्डेसन इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स ललितपुर	१	०
कालिका मेडिकल एन्ड टेक्निकल इन्स्टिच्युट नवलपरासी	१	१२
कञ्चनजंघा इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स बिर्तामोड, झापा	०	८
कान्तिपुर एकेडेमी अफ हेल्थ साइन्स तीनकुने, काठमाडौं	०	२
कर्णाली एकेडेमी अफ हेल्थ साइन्स जुम्ला	२	४
काठमाडौं इन्स्टिच्युट अफ टेक्निकल साइन्स बुद्धनगर, काठमाडौं	२	१४
काठमाडौं मेडिकल कलेज सिनामंगल, काठमाडौं	२	०
काठमाडौं मोडल हस्पिटल स्कुल अफ नर्सिङ बसुन्धरा, काठमाडौं	२	४
खोपः पोलिटेक्निकल इन्स्टिच्युट भक्तपुर	०	१
कृष्ण मेडिकल एन्ड टेक्निकल रिर्सच सेन्टर जनकपुरधाम, धनुषा	१	४
लहान सगरमाथा एजुकेसन एकेडेमी लहान, सिराह	४	१०
लाइफलाइन हस्पिटल इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ दमक झापा	२	२
लर्डबुद्ध कलेज कोहलपुर, बाँके	४	१३
लुम्बिनी हस्पिटल एन्ड टेक्निकल कलेज प्रालि बुटवल, रुपन्देही	६	११
लुम्बिनी मेडिकल कलेज एन्ड टिचिङ हस्पिटल तानसेन, पाल्पा	२	२
मदन भण्डारी मेमोरियल एकेडेमी भद्रपुर, झापा	१	३
मध्यपश्चिम प्रविधिक शिक्षालय प्रालि नेपालगञ्ज, बाँके	०	६
महेन्द्रनारायण निधि मेमोरियल हेल्थ इन्स्टिच्युट जोरपाटी, काठमाडौं	१	१
मैयाँदेवी गर्ल्स कलेज भरतपुर, चितवन	०	२
मकालु टेक्निकल कलेज इनरुवा, सुनसरी	७	२०
मनमोहन मेमोरियल इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स काठमाडौं	१	०
मौलाकालिका हेल्थ साइन्स कलेज भरतपुर, चितवन	०	११
मायादेवी टेक्निकल कलेज बुटवल, रुपन्देही	०	३
मेडिकल इन्स्टिच्युट लहान, सिरहा	४	११
आम्दा इच्स्टिच्युट अफ हेल्था साइन्स, झापा	१	२
देवदह कलेज अफ साइन्स एन्ड टेक्नोलोजी, बुटवल	१	८

संस्थाको नाम	पास	फेल
मिथिला टेक्निकल एकेडेमी जनकपुरधाम, धनुषा	०	१५
नागरिक कलेज अफ हेल्थ साइन्स कोटेश्वर, काठमाडौं	२	०
नागरिक कम्युनिटी टिचिङ हस्पिटल कोटेश्वर, काठमाडौं	०	३
न्याम्स वीर हस्पिटल नर्सिङ क्याम्पस महाबौद्ध, काठमाडौं	०	२
नारायणी मेडिकल एन्ड टेक्नोलोजी हेटौंडा, मकवानपुर	१	६
नेसनल ह्युमन रिसोर्सेस डेभलभमेन्ट एकेडेमी जनकपुर	२	१
नेसनल मेडिकल कलेज वीरगञ्ज, पर्सा	६	१०
नवजीवन कलेज अफ नर्सिङ एन्ड हेल्थ साइन्स कैलाली	१	०
नेपाल कलेज अफ नर्सिङ एन्ड हेल्थ साइन्स जनकपुर	२	२३
नेपाल इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स जोरपाटी, काठमाडौं	२	५
नेपाल इन्स्टिच्युट अफ मेडिकल साइन्स ग्वार्को, ललितपुर	२	९
नेपाल सञ्जिवनी इन्स्टिच्युट घोराही, दाङ	०	२
नेपाल टेक्निकल इन्स्टिच्युट जनकपुर धनुषा, नेपाल	९	१५
नेपालगञ्ज नर्सिङ क्याम्पस कोहलपुर, बाँके	१	७
न्युरो हेल्थ कलेज विराटनगर, मोरङ	४	५
नाइटिंगेल नर्सिङ कलेज कुपन्डोल, ललितपुर	२	२
नोबेल कलेज सिनामंगल, काठमाडौं	२६	२
नोबेल मेडिकल कलेज विराटनगर, मोरङ	४	४
नर्भिक इन्स्टिच्युट अफ नर्सिङ एजुकेसन काठमाडौं	३	४
एनपिआई नारायणी सामुदायिक हस्पिटल चितवन	४	१२
ओएसिस मेडिकल कलेज भरतपुर, चितवन	३	३
ओम हेल्थ क्याम्पस चाबहिल, काठमाडौं	०	६
ओम समाज शैक्षिक प्रतिष्ठान कलंकी, काठमाडौं	१	७
अक्सब्रिज टेक्निकल कलेज तिलोत्तमा, लुम्बिनी नेपाल	४	११
पियु कलेज अफ मेडिकल एन्ड एलाइड साइन्स मोरङ	२	१
पद्मा हस्पिटल धनगढी, कैलाली	०	४
पद्मा नर्सिङ होम स्कुल अफ नर्सिङ पोखरा, कास्की	०	४
पिपुल्स मल्टिपल हेल्थ इन्स्टिच्युट इटहरी, सुनसरी	३	९
पोखरा टेक्निकल हेल्थ मल्टिपर्पोज इन्स्टिच्युट पोखरा	१	४
पोखरा युनिभर्सिटी स्कुल अफ हेल्थ एन्ड एलाइड पोखरा	१७	०
राप्ती लाइफ केयर हस्पिटल एन्ड नर्सिङ कलेज दाङ	४	६
सान इन्स्टिच्युट अफ नर्सिङ प्रालि काठमाडौं,	२	०
सहिद स्मारक जनस्वास्थ्य कलेज सिफल, काठमाडौं	४	७
शैलजा आचार्य मेमोरियल पोलिटेक्निकल सिसवानी, मोरङ	०	३
सञ्जीवनी कलेज अफ मेडिकल साइन्सेस बुटवल, रुपन्देही	४	१२
शीर मेमोरियल हस्पिटल मेडिकल मेडिकल इन्स्टिच्युट काभ्रे	३	०
सेती महाकाली नर्सिङ क्याम्पस महेन्द्रनगर, कञ्चनपुर	३	८
शैलेश्वरी फारवेस्ट स्कुल अफ हेल्थ साइन्स कैलाली	०	६
शंकरापुर एकेडेमी जोरपाटी, काठमाडौं	१	७
शारदा इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ साइन्स भक्तपुर	१	२
श्री मेडिकल एन्ड टेक्निकल कलेज भरतपुर, चितवन	५	११
श्री फुल्चोकी नर्सिङ क्याम्पस बनेपा, काभ्रे	०	५
शुभकामना टेक्निकल कलेज कोटिहवा, रुपन्देही	०	९
सिन्धु सदाबाहर हस्पिटल खाडीचौर, सिन्धुपाल्चोक	२	३
सिन्हा हेल्थ फाउन्डेसन प्रालि जनकपुरधाम, धनुषा	३	४
सुजुङ हस्पिटल सुजुङ हेल्थ एन्ड टेक्निकल एकेडेमी डोटी	१	४
एसएसपी मेडिटेक नर्सिङ कलेज मणिग्राम, रुपन्देही	२	१०
स्टार एकेडेमी सानेपा, ललितपुर,	२	५
सुदूरपश्चिमाञ्चल मेडिकल कलेज एन्ड हस्पिटल कैलाली	१	२
सुर्खेत एजुकेसन डेभलपमेन्ट एकेडेमी वीरेन्द्रनगर, सुर्खेत	१	९
सुष्मा कोइराला मेमोरियल नर्सिङ क्याम्पस साँखु, काठमाडौं	२	७
द हिमाल इन्स्टिच्युट अफ हेल्थ वीरगञ्ज	७	२२
टीकापुर नर्सिङ क्याम्पस टीकापुर, कैलाली	१	१
त्रिशुली मेडिकल इन्स्टिच्युट बिदुर, नुवाकोट	२	४
च्छो रोल्पा नर्सिङ कलेज चरिकोट, दोलखा	०	४
वीरगञ्ज नर्सिङ क्याम्पस वीरगञ्ज, पर्सा	०	१
ललितपुर नर्सिङ क्यापस सानेपा, ललितपुर	१	०
युनिक कलेज अफ मेडिकल साइन्स एन्ड हस्पिटल सप्तरी	१	१
युनिक एजुकेसन एकेडेमी राजविराज, सप्तरी	५	२३
विनायक कलेज अफ हेल्थ साइन्स काठमाडौं	२	५
वेस्टर्न हस्पिटल एन्ड रिर्सच सेन्टर नेपालगञ्ज, बाँके	५	९
यति साइन्स एकेडेमी महाराजगञ्ज, काठमाडौं	०	१
धौलागिरि प्राविधिक शिक्षा प्रतिष्ठान, बागलुङ	२	६
काठमाडौं नर्सिङ क्याम्पस, बसुन्धरा, काठमाडौं	२	१
विराटनगर नर्सिङ क्याम्पस, विराटनगर	०	१

स्रोतः नेपाल नर्सिङ काउन्सिल

इनपुट राम्रो नभएपछि आउटपुट कसरी राम्रो हुन्छ ?



रोशनीलक्ष्मी तुईंतुई
प्रमुख, नर्सिङ तथा सामाजिक सुरक्षा महाशाखा, स्वास्थ्य विभाग

मुख्य कुरा छनोट प्रक्रियामा नै हामी चुक्न पुगेका छौं । सुरुमा नै पढ्न सक्ने खालका राम्रा विद्यार्थी लाई मात्र भर्ना लिनुपर्छ । जब इनपुट नै राम्रो छैन भने त्यसले दिने आउटपुट पनि राम्रो हुँदैन । इनपुट, प्रोसेस र आउटपुटलाई हेर्नुपर्छ । त्यसैले इन्ट्री प्वाइन्ट अर्थात् सेलेक्सन प्रक्रियामा नै ध्यान पुऱ्याउन जरुरी छ । कागजमा बलियो भएका कलेज व्यावहारिक रूपमा कत्तिको बलिया छन्, त्यो हेर्नुपर्छ । अभ्यास गराउने कुरामा कलेजहरू चुस्त हुनुपर्छ । अनुगमन नियमित त हुन्छ तर अनुगमन गर्न जाँदा 'हामी आउँदैछौं है' भन्नुको साटो छड्के चेकजाँच गर्नुपर्छ । शिक्षकहरू पनि पाठ्यक्रमप्रति नियमित अपडेट भइरहनुपऱ्यो । हामीले बनाएको पाठ्यक्रम त राम्रो छ तर राम्ररी अभ्यास नै भएन । यो व्यावहारिक विषय हुनाले सुरुमा क्लिनिकल प्राक्टिसमा जानुभन्दा डमीमै राम्ररी अभ्यास जानेको हुनुपर्छ । विद्यार्थीहरूले राम्रो सिकाइको अवसर नै पाएका छैनन् । यो विद्यार्थीले यति अभ्यास गऱ्यो भनेर हस्ताक्षर लगाउन लगाउँछन् । जति गर्नुपर्ने हो तर गरेको हुँदैन । विद्यार्थीहरू पनि लगनशील भएर पढ्नुपऱ्यो । कलेजहरूलाई विद्यार्थीको संख्याको चिन्ता छ, गुणस्तरमा होइन । प्राइभेट कलेजले विद्यार्थीलाई फेल गराउनै हुँदैन भन्ने मान्यता राख्दै आइरहेका छन् । जो विद्यार्थीसँग ज्ञान र सिप छैन, उसलाई नम्बर किन दिनु ? सुरुदेखि नै उनीहरूको राम्ररी मूल्यांकन हुनुपऱ्यो । अहिले नर्सिङ परीक्षा त सैद्धान्तिक मात्र हो, त्यसमा पनि मल्टिपल च्वाइस प्रश्नहरू हुन्छन् । अब व्यावहारिक परीक्षा ल्याउनुपर्छ भनिरहेका छौं । किनकि सैद्धान्तिक ज्ञान मात्र भएर पुग्दैन त्यही अनुसार सिप पनि विकास हुनुपर्छ । त्यस्तो परीक्षा लागू भयो भने अहिले ६५ प्रतिशत त के ८० प्रतिशत नै विद्यार्थीहरू फेल हुन्छन् होला । फेल हुने कुरा त सोच्नुपर्छ । किनकि त्यति वर्ष पढेको खेर जान त दिनुभएन नि ।

एक जना विद्यार्थीले ३ जना बिरामी अभ्यास गर्न पाउनुपर्छ, यो हाम्रो आवश्यकता हो । काउन्सिल र अरू सम्बन्धन दिनेले बेड संख्याको आधारमा दिएको छ । कतिपय प्राइभेट हस्पिटलमा बेड संख्या त छ तर बिरामी छैनन् । विद्यार्थीलाई अभ्यास गराउनका लागि यति बेड संख्या भएको हुनुपर्छ भनेर मापदण्ड त तोकिएको छ, तर बिरामी छैनन् । बेडमा मात्र त विद्यार्थीले अभ्यास गर्न सक्दैनन् । बेड संख्याको आधारमा होइन कि बिरामी संख्याको आधारमा कोटा निर्धारण गर्नुपर्छ । हरेक वर्ष कोटा परिवर्तन हुनुपर्छ । अनुगमन राम्रो भए राम्रो उत्पादन हुन्छ । अनुगमनको आधारमा कोटा निर्धारण हुनुपऱ्यो । मन्त्रालय, काउन्सिल र सिटिइभिटी एकदमै स्पष्ट भएर अगाडि बढ्नुपऱ्यो । यी कुरा भए भने मात्र भोलिका दिनमा गुणस्तर जनशक्ति उत्पादन हुन्छ ।

पढाइरहेको छ । सो कलेजको सिट घट्ने सम्भावना भएपछि अन्य ५० बेडका अस्पताललाई समेत ४० सिट दिनुपर्ने कुरा उठेको हो ।

काउन्सिलले ५० बेड भएका अस्पतालद्वारा सञ्चालित नर्सिङ कलेजलाई २० सिट मात्र पढाउन दिनुपर्ने वा सरकारी अस्पतालको मातहतमा ल्याउनुपर्ने बताउँदै आएको छ ।

'पहिलेदेखि नै ५० बेडका अस्पतालले ४० सिटमा विद्यार्थी पढाउँदै आएका छन्, उनीहरूको लगानी पनि भइसकेको छ,' मन्त्रालय स्रोतले भन्यो, 'त्यसैले ४० नै कायम राख्नेबारे छलफल भएको हो ।' तर, काउन्सिल भने ५० बेडका अस्पताललाई २० सिटभन्दा माथि दिन नसकिने अडानमा छ ।

पछिल्लो समय नर्सिङ शिक्षाको गुणस्तर कम हुँदै गएपछि काउन्सिललाई गुणस्तर कायम राख्नुपर्ने चुनौतीसमेत बढेको छ ।

सिटिइभिटीले पनि आफूले यो शैक्षिक सत्रमा ४० सिट दिने भन्दै काउन्सिलाई पनि सोही अनुसार गर्न दबाब दिएको बताइएको छ ।

नर्सिङ शिक्षा गुणस्तरीय बनाउन काउन्सिलले कलेज छानबिन गरिरहेको छ । ५० बेड भएका अस्पतालद्वारा सञ्चालित कलेजलाई २० सिट र बेड अकुपेन्सी कम भएका र विद्यार्थी अनुपातमा शिक्षक कम भएका कलेजको सिट संख्या घटाउने काउन्सिलको तयारी छ ।

अनगुमन गरी मापदण्ड नपुगेका कलेजको सिट घटाउन पनि सक्ने अधिकार काउन्सिललाई पनि छ । तर, विभिन्न राजनीतिक दबाबमा कारण कार्यान्वयन गर्न भने चुनौती देखिन्छ ।

स्थलगत अनुगमन र निरीक्षणपछि काउन्सिलले मापदण्ड नपुगी सञ्चालन भएका कलेजहरूको विद्यार्थी सिट संख्या कटौती गर्नेबारे छलफल अगाडि बढाएको छ ।

केही समयअघि ५० बेड भएका अस्पतालद्वारा सञ्चालित १२ कलेजले अन्याय भएको भन्दै ४० सिटको मागसहित मन्त्रालयमा उजुरी हालेका थिए । यो विषयमा छानबिन गर्न बनेको समितिको प्रतिवेदन अध्ययनको काम भइरहेको गुणस्तर तथा नियमन महाशाखाका प्रमुख डा दीपेन्द्रमण सिंहले जानकारी दिए ।

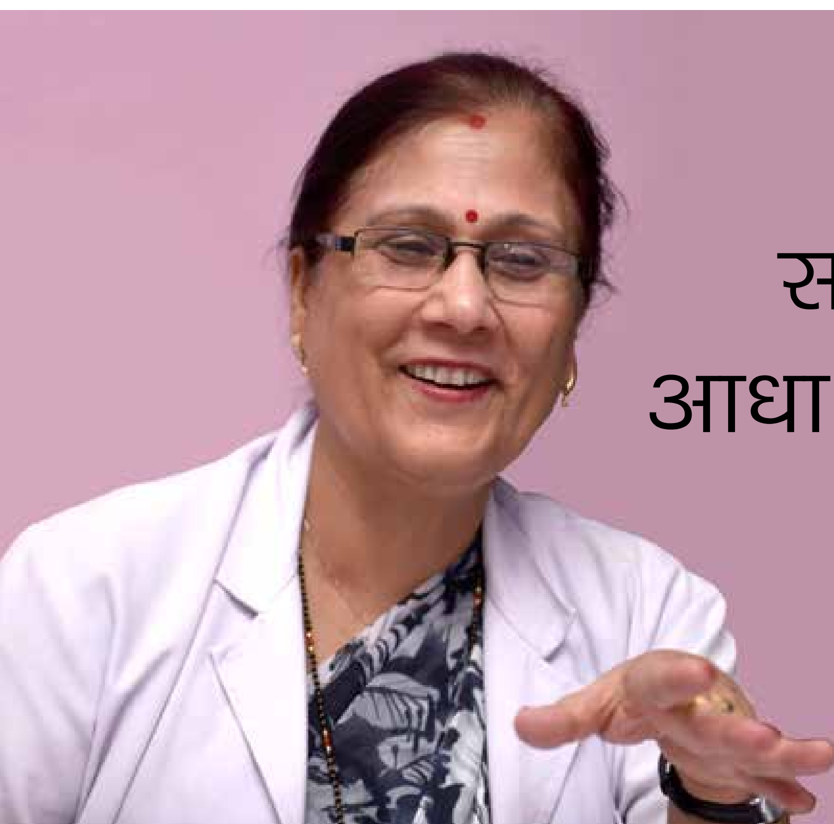
पछिल्लो समय नेपाल नर्सिङ काउन्सिलले लिएको लाइसेन्स परीक्षामा ६५ प्रतिशत विद्यार्थी अनुत्तीर्ण भए। यसले नर्सिङ शिक्षाको गुणस्तरका साथै काउन्सिलको नियमनमा समेत प्रश्न उब्जाएको छ। कमजोर रिजल्ट आएपछि काउन्सिलले के सोचिरहेको छ? किन धेरै विद्यार्थी फेल भए? नर्सिङ कलेजको गुणस्तर सुधारका लागि कस्तो काम भइरहेको छ? यिनै विषयमा नेपाल नर्सिङ काउन्सिलकी अध्यक्ष प्राडा **गोमादेवी निरौला** श्रेष्ठसँग कुराकानी गरेका छौं।

नेपाल नर्सिङ काउन्सिलले लिएको लाइसेन्स परीक्षामा ६५ प्रतिशत विद्यार्थी फेल भए, के कारणले होला ?

यो पटकको २२औं लाइलेन्स परीक्षामा ६५ प्रतिशत फेल र ३५ प्रतिशत मात्र पास भएका छन् । योभन्दा अघिल्लो पटकका परीक्षामा समेत फेल भएका विद्यार्थी समेत थपिँदा फेल हुनेको संख्या धेरै पुगेको हो । अर्को कुरा केही विद्यार्थीलाई सामान्य नेपालीसमेत लेख्न पनि नआउने अवस्था देखियो । काउन्सिलमा एउटा कामका लागि निवेदन लेख्नुपर्ने थियो । एक जना नर्सले सामान्य नेपाली लेख्न पनि जान्नुभएन । हामीले यसरी लेख्नुहोस् भनेर नमुना बनाएर दियौं । त्यो सार्दा पनि उहाँले शुद्ध लेख्न सक्नुभएन । सारेको समेत निकै गल्ती छन् । यसले हामीलाई के सोच्न बाध्य बनायो भने उहाँले नर्सिङको प्रवेश परीक्षा त दिनुपर्छ । तर सिटिइभिटीको परीक्षा कसरी पास गर्नुभयो ? भन्ने लागिरहेको छ । यस्ता धेरै उदाहरण छन् ।

पछिल्लो नतिजाबारे धेरैखाले चर्चा सुरु भएको छ, काउन्सिलले यसबारे विश्लेषण गरेको छ ?

पक्कै पनि हामीले विश्लेषण गरेका छौं । म सत्रौं नर्सिङ लाइसेन्स परीक्षादेखि काउन्सिलमा प्रवेश हुँ । यस्ता उतारचढाव भइरहन्छन् । विगतका परीक्षामा फेल भइरहनेहरू यस पटकको परीक्षामा पनि धेरै फेल भएका छन् । तर नियमित पास भएर लाइसेन्स परीक्षामा सहभागी हुनेहरूको पास प्रतिशत राम्रो छ । आफ्नै अस्पताल नभएका र अस्पताल भएर पनि बेड अकुपेन्सी कम भएका कलेजबाट पढ्ने



सञ्चालनमा रहेका आधाभन्दा बढी नर्सिङ कलेज अयोग्य

गोमा निरौला श्रेष्ठ
अध्यक्ष, नेपाल नर्सिङ काउन्सिल

धेरै फेल भएका छन् । अर्को कुरा भारतबाट पढेर आएकाहरू पनि धेरै फेल हुने गर्छन् ।

पछिल्लो समय नर्सिङ कलेजको संख्या अत्यधिक खुलेका छन् । तर तिनले गुणस्तरीय शिक्षा दिएनन् भन्ने गुनासो छ नि ?

त्यो पनि एउटा कारण हुन सक्छ । किनभने परिषद्ले गुणस्तरीय शिक्षाका लागि मनिटर गर्ने काम गरेको छ । कलेजलाई मान्यता दिने क्रममा हामी जानकारी दिएर निरीक्षणमा जान्छौं । तर हामीलाई कुनै शंका, वा उजुरी आयो भने जानकारीबिना नै निरीक्षणमा पनि जान्छौं । त्यसरी जानकारी नदिई जाँदा कलेजहरूमा धेरै कुरा पूरा नगरेको भेटिएको छ । ल्याब अन्य उपकरण नै हुँदैनन् । अनुगमनमा जाँदा हतारमा अन्य अस्पतालमा सामग्री ल्याइन्छ । तर अनुगमन टोली फर्केपछि अन्यत्रबाट ल्याएको सामान फर्काइने रहेछ । विद्यार्थीको गुणस्तरका विषयमा प्रश्न उठ्ने अर्को कारण कलेजमा प्रयोगात्मक अभ्यास गर्न नपाउनु पनि हो ।

त्यही भएर पछिल्लो समय हामीले मापदण्ड र पूर्वाधारका विषयमा कडाइ गर्दै गएका छौं । राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा ऐनले पनि आफ्नै अस्पताल हुनुपर्ने विषयमा जोड दिएको छ । अब गुणस्तरमा सम्झौता गर्नु हुँदैन । कलेज सञ्चालकका क्रममा २०६७ सालअघि अगाडि स्विकृति पाई सञ्चालन भएका ५० बेड भएका अस्पतालका कलेजहरूले ४० सिट पाएका छन् । ०६७ सालयता भने ५० बेड भएका कलेजले २० सिट मात्र पाएका छन् । यहाँ पनि ठूलो विवाद छ ।

कलेजको मापदण्ड र गुणस्तरका विषयमा काउन्सिल एक्लै लागेर सम्भव हुँदैन । यहाँ शिक्षा र स्वास्थ्य मन्त्रालयको पनि सहयोग चाहिन्छ । केही कलेजमा राजनीतिक पहुँच भएका व्यक्तिहरुको समेत संलग्नता रहेको पाइएको छ । यस्ता कलेजलाई मापदण्ड अनुसार चलाउन पनि काउन्सिल, शिक्षा र स्वास्थ्य मन्त्रालयको त्रिपक्षीय सहयोग चाहिन्छ ।

निरीक्षणका क्रममा कलेजमा कमजोरी देखियो भने काउन्सिलले कस्तो कारबाही गर्छ ?

काउन्सिलबाट निरीक्षणमा जाँदा मापदण्ड पुगेको देखिएन भने सुधारका लागि निश्चित समय दिन्छौं । त्यतिबेलासम्म पनि सुधार भएनन् भने कलेजले पाएको सिट संख्या घटाउनेसम्मको कारबाही हुन्छ । कलेजलाई सुरुमा स्विकृति दिने काम सिटिइभिटीले दिन्छ । विश्वविद्यालयको छ भने विश्वविद्यालयले दिन्छ । उनीहरूले निरीक्षण गरी सबै मापदण्ड पुगेको छ भनेर सिट सिफारिस गरेपछि हामीले परामर्श दिएर सञ्चालन गर्न मिल्छ भन्ने हो । तर, सिटिइभिटी र विश्वविद्यालयले राम्रो भनेर सिफारिस गरेका कलेजमा हामीले हेर्दा समस्या भेटियो । त्यस्ता केही कलेजलाई विद्यार्थी भर्ना रोक्न भनेका छौं ।

कस्ता विद्यार्थी बढी फेल भएका छन् ?

फेल हुने धेरै निजी नर्सिङ कलेजका विद्यार्थी छन् । काउन्सिलको तथ्यांकमा त्यो प्रस्ट छ । सरकारी कलेजमा पढ्ने धेरै पास हुन्छन् । त्यसमा पनि सिटिइभिटीले सञ्चालन भएका कलेजमा अझ धेरै फेल भएका छन् । सिटिभिटीले पिसिएल कार्यक्रम सञ्चालन गर्छ । स्नातक र स्नाकोत्तरका कार्यक्रम विश्वविद्यालयले गर्छ । त्रिभुवन विश्वविद्यालय, काठमाडौं विश्वविद्यालय, पूर्वाञ्चल विश्वविद्यालयहरू छन् । त्यसबाहेक चिकित्सा विज्ञान अध्ययन प्रतिष्ठान, पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, बिपी कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानहरूले पनि नर्सिङ अध्यापन गराइरहेका छन् । विश्वविद्यालयतर्फ हेर्दा पूर्वाञ्चलका विद्यार्थी धेरै फेल भएका छन् ।

नर्सिङ कलेज हुनका लागि केके मापदण्ड पूरा भएको हुनुपर्छ ?

पिसिएल, ब्याचलर र मास्टर्सका लागि काउन्सिलको छुट्टछुट्टै मापदण्ड छ । आफ्नै भौतिक संरचना, ल्याब, ८ जना विद्यार्थीबराबर एक शिक्षक, पिसिएल पढाउनका लागि कम्तिमा बिएन गरेको शिक्षक, अस्पतालको शय्या संख्या, बेड अकुपेन्सी लगायतका मापदण्ड छन् । तर, हाम्रो मापदण्ड धेरै कलेजले पूरा गरेका छैनन् ।

सबै थाहा हुँदाहुँदै पनि किन कारबाही गर्न सक्नुहुन्न ?

सुधारका लागि प्रयासहरू नभएका होइनन् । तर, पनि विभिन्न कठिनाइ आउने रहेछ । राम्ररी अनुगमन गरेर हेर्ने हो भने अहिले सञ्चालनमा रहेका आधाभन्दा बढी कलेज नर्सिङ पढाउनका लागि अयोग्य छन् । हामीले ती सबैलाई सुधार गर्नका लागि समय दिएका छौं । अब यो काममा हामीलाई सबैको साथ र सहयोग चाहिन्छ । सिटिइभिटीसँग सम्बन्धित विषयमा शिक्षा मन्त्रालयले, अस्पतालका विषयमा स्वास्थ्य मन्त्रालयले सहयोग गर्ने हो भने धेरै कुरा सुधार हुन्छ । विश्वविद्यालय र प्रतिष्ठानका कलेजको गुणस्तर सुधारका लागि यी दुई मन्त्रालयले हामीलाई साथ दिने हो भने नर्सिङ शिक्षामा देखिएको अहिलेको अवस्थामा धेरै सुधार हुनेछ । यसका लागि हामीले स्वास्थ्य र शिक्षा मन्त्रालयमा पत्रसमेत पठाइसकेका छौं । ●

बच्चालाई कसरी दिने सिपिआर ?

एक वर्ष भित्रका शिशुलाई दिइने सिपिआरलाई इन्फ्यान्ट सिपिआर भनिन्छ। एक वर्षदेखि यौवन अवस्थामा पाइला टेकेका बच्चा (लगभग १२ वर्ष सम्मका) लाई दिइने सिपिआरलाई चिल्ड्रेन सिपिआर भनिन्छ।



शान्ता पौडेल सुवेदी



कार्डियोपल्मोनरी रिसससिटेसन (सिपिआर) उद्देश्य काम गर्न छोडेको मुटुलाई जगाउने हो। तर बच्चालाई दिइने सिपिआरको तरिका वयस्कलाई दिनेभन्दा केही फरक हुन्छ। अमेरिकन हार्ट एसोसिएसनले बच्चालाई दिइने सिपिआरलाई उनीहरूको उमेरअनुसार दुई तरिकाले वर्णन गरेको छ।

भर्खर जन्मेका नवजात शिशुबाहेक एक वर्ष भित्रका शिशुलाई दिइने सिपिआरलाई इन्फ्यान्ट सिपिआर भनिन्छ। अर्कोतर्फ एक वर्षदेखि यौवन अवस्थामा पाइला टेकेका बच्चाहरु (लगभग १२ वर्ष सम्मका) लाई दिइने सिपिआरलाई चिल्ड्रेन सिपिआर भनिन्छ।

यो लेख सिपिआरको तालिम नपाएका आम मानिसलाई पनि बुझ्न सहज हुने उद्देश्यले लेखिएकोले स्वास्थ्यकर्मीले गर्ने सिपिआरका चरणहरुमा केही थपघट गरिएको छ। सिपिआर सुरु गर्नुअघि मुटुको धड्कन जाँच्ने, श्वासप्रश्वासमा ग्यासपिङ र रगत सञ्चालनमा पुअर पर्फिउजनको गम्भीरता हेरेर सिपिआर दिने, सबै बच्चामा छातीको थिचाइ र कृत्रिम श्वासप्रश्वासको अनुपात दुई उद्धारकर्मी भएमा १५:२ ले दिने, साथै नेपालका सार्वजनिक स्थलहरुमा अटोमेटेड एक्सटर्नल डिफिब्रिलेटर (एइडी) सहजै उपलब्ध नभएकाले यी कुराहरु यसमा समावेश गरिएको छैन।

अमेरिकन हार्ट एसोसिएसनले गरेका अनुसन्धानहरुलाई नियालेर हेर्दा समयमा सिपिआर दिनसक्ने हो भने अस्पताल बाहिर हुने कार्डियाक अरेस्ट (मुटु फेल) को नतिजा राम्रो हुन्छ, किनकि यस्ता बच्चाहरु साधारणतया स्वस्थ हुन्छन्। अस्पतालका सघन उपचार कक्ष (आइसियु) मा राखिएका बच्चाको स्वास्थ्य स्थिति पहिले नै गम्भीर हुने हुनाले स्वास्थ्यकर्मीले समयमा सिपिआर दिँदादिँदै पनि परिणाम भने फलदायी नहुन सक्छ।

बच्चाको मुटु प्रायः स्वस्थ हुन्छ। उनीहरुको कार्डियाक अरेस्ट श्वासप्रश्वाससँग सम्बन्धित समस्याका कारणले धेरै हुनेगर्छ। जस्तोः खानेकुरा वा अन्य वस्तु श्वासनलीमा अड्किएर, आज्मा (दम) को आक्रमण, पानीमा डुबेर, विष वा ओपिएट्स (जस्तै मोर्फिन) को अत्यधिक सेवन, छातीको संक्रमण (जस्तै निमोनिया) ले ग्रसित पारेपछि श्वासप्रश्वास अवरुद्ध हुन्छ। शरीरमा अक्सिजनको मात्रा अत्यधिक कम भएपछि बच्चा बेहोस हुन्छ र अन्त्यमा मुटुले काम गर्न छोड्छ।

अर्कोतिर विभिन्न दुर्घटना जस्तैः चट्याङ, बिजुलीको करेन्ट लाग्दा, अत्यधिक रक्तश्रापले रगत एवं पानीको मात्रा कमी हुँदा, जन्मजात मुटुको रोग लिएर आएमा सबैको असर मुटुमा पर्छ र मुटुको विद्युतीय सञ्चार अनियमित (भेनट्रिकुलर फिब्रिलेसन) भई कार्डियाक अरेस्ट हुनसक्छ। त्यसैले बच्चामा छाती थिचेर मुटुबाट रगत सञ्चालन गर्नुका साथै कृत्रिम श्वासप्रश्वास गराउनु धेरै महत्वपूर्ण हुन्छ। सिपिआर हरेक व्यक्तिले जान्नैपर्ने सिप हो, जसले मानवीय क्षति कम गर्न मद्दत गर्छ।

रेस्पिरेटरी अरेस्ट (श्वासप्रश्वास रोकावट) हुँदा साधारण श्वासप्रश्वास बन्द भई शरीरमा अक्सिजन र कार्बनडाइअक्साइड साटिन पाउँदैन। फलस्वरूप शरीरमा कार्बोनिक एसिड पैदा हुन्छ। मस्तिष्कमा अक्सिजनको मात्रा कम, कार्बोनिक एसिडको मात्रा बढी भएपछि मस्तिष्कघात, कार्डियाक अरेस्ट र मृत्यु हुन्छ। रेस्पिरेटरी अरेस्ट हुँदा सुरुमा मुटुको धड्कन कायमै हुन्छ। तर समयमा उपचार भएन भने सधैँ रेस्पिरेटरी अरेस्टपछि कार्डियाक अरेस्ट हुन्छ।

यदि बच्चा वा वयस्कलाई रेस्पिरेटरी अरेस्ट





मात्र भएको थाहा पाएमा सबै उमेरका शिशु एवं बच्चामा प्रत्येक मिनेट १२ देखि २० र वयस्कमा १०/१२ का दरले कृत्रिम श्वास दिनुपर्छ ।

मुखबाट मुखमा वा मुखबाट नाकमा १ वर्ष माथिका सबैलाई कृत्रिम श्वासप्रश्वास गराउने तरिका:

- घाइतेलाई उत्तानो पारेर भुइँमा वा साह्रो र समथर सतहमा सुताउने, टाउको एवं छातीको कपडा खुला गर्ने ।
- श्वासनली खुला राख्ने । यसका लागि केही चिज घाँटीमा देखिनेगरी अड्किएको छ भने निकाल्ने तर औंला घाँटीमा छिराउनतिर नलाग्ने ।
- घाइतेको टाउकोको एकापट्टि बस्ने, एक हात निधारको माथिपट्टि राखी टाउकोलाई पछाडि लैजाने । अर्को हातको बुढी औंला चिउँडोको माथि र अरु औंलाहरुले चिउँडोको तलपट्टि साह्रो भागमा समाती चिउँडोलाई माथि उठाउने, यो प्रक्रियालाई 'हेड टिल्ट, चिन लिफ्ट' भनिन्छ । हाम्रो श्वासनली घाँटीको अगाडिपट्टि हुने भएकाले यसो गर्दा जिब्रोले घाँटीको तलपट्टि श्वास जाने मार्ग बन्द गर्न पाउँदैन र कृत्रिम श्वास दिँदा हावा श्वासनली हुँदै फोक्सोमा सजिलैसँग पुग्न मद्दत गर्छ । घाँटीको कुनै पनि नरम भागमा भने थिच्नु हुँदैन, जसले श्वासप्रश्वासमा अवरोध ल्याउँछ ।
- अब निधारमा रहेको हातको बुढी औंला र चोर औंलाले घाइतेको नाक थुन्ने । यदि नाकबाट श्वास दिने हो भने चिउँडोपट्टिको हातले घाइतेको मुख थुन्ने ।
- साधारण अवस्थामा लिनेजति श्वास लिने र तपाईंको मुख घाइतेको मुखमा वा नाकमा राखी वरिपरिबाट हावा नफुस्किनेगरी बन्द गर्ने । अब पूरा १ सेकेन्ड लगाएर श्वास घाइतेलाई दिने ।
- श्वास दिने क्रममा छातीतर्फ फर्केर छाती माथि उठेको छ/छैन हेर्ने । यदि छातीको सतह माथि उठेन भने घाइतेलाई पहिलेकै स्थानमा उत्तानो राख्ने र फेरि 'हेड टिल्ट, चिन लिफ्ट' को तरिका अपनाउने र श्वास दिने ।

यो प्रक्रिया एम्बुलेन्स नआउने बेलासम्म वा घाइते आफैं श्वास फेर्ने, बोल्ने, चल्ने नभएसम्म गरिरहने । तर यसै क्रममा घाइते कार्डियाक अरेस्टमा गएमा ३० पटक छाती थिच्ने, दुई पटक श्वास दिने । कुनै पनि उमेरको व्यक्ति अचानक बेहोस हुनुका साथै श्वासप्रश्वास बन्द भएमा छाती थिच्ने, श्वासप्रश्वास गराउने साथै एइडीको प्रयोग गर्नसके बचाउने सम्भावना निकै बढी हुन्छ । एइडीले मुटुको धड्कन विश्लेषण गरी अनियन्त्रित भएको मुटुको विद्युतीय गतिविधिलाई तुरुन्त नियन्त्रणमा ल्याई सामान्य मुटुको धड्कन कायम गर्छ । अस्पताल बाहिर हुने कार्डियाक अरेस्टमा कृत्रिम श्वास दिन सहज नभए (जस्तैः नाक-मुखबाट बान्ता र रगत बगेमा वा घाइतेलाई सरुवा रोग लागेको थाहा भएमा) हातले मात्र छातीमा थिच्न सके पनि त्यसको प्रतिफल विशेषगरी वयस्कहरुमा निकै राम्रो हुन्छ ।

'इन्फ्यान्ट सिपिआर

इन्फ्यान्ट सिपिआरमा दुई औंलाको मात्र प्रयोग गरेर छाती थिच्नुपर्छ । यति साना शिशुलाई सिपिआर दिने कुरा सम्भिँदा कहाली लाग्नु स्वभाविक हो, तर अस्पतालबाहिर हुने कार्डियाक र रेस्पिरेटरी अरेस्टमा तपाईंले एउटा शिशुको जीवन बचाउनका लागि यो पद्धति अपनाउनैपर्छ । किनकि धेरैजसो यस्तो परिस्थितिमा एम्बुलेन्स आउने समय जति नै छिटो भए पनि ढिलै हुन्छ ।

कुनै रोग, चोटपटक वा दुर्घटनाले अचानक शिशुको मुटु चल्न छाडेमा छातीको बाहिरबाट मुटुलाई थिच्नुका साथै कृत्रिम श्वासप्रश्वास गराउनाले अक्सिजनयुक्त रगत मुटु र मस्तिष्कमा पुऱ्याउन सकिन्छ ।

घर, पार्क, स्कुल, पोखरी वा कुनै पनि ठाउँमा १ वर्ष उमेरको जस्तो शिशु दुर्घटना वा रोगले ढलेको, दरो भएको, लल्याकलुलुक भएको वा निलो हुन लागेको देख्नुभयो भने,

- सर्वप्रथम तपाईं र त्यो शिशुको लागि वातावरण सुरक्षित छ/छैन हेर्नुहोस् । सम्भव भए शिशु बोकेर सुरक्षित ठाउँमा जानुहोस् । तपाईंको जीवनको सुरक्षा पहिलो प्राथमिकता हुन्छ ।

- शिशुका दुवै पैताला एउटा हातले एकै पटक हल्का उचालेर अर्को हातले प्याटप्याट पारी चर्को स्वरले बोलाउनुहोस् ।

- यदि शिशुले रुने, अन्य आवाज निकाल्ने, चल्ने, आँखाको परेला चलाउने वा जीवनको कुनै संकेत देखाएन भने सहयोगको लागि हारगुहार गर्नुहोस् ।

- शिशुले श्वास फेरेको छ/छैन, कम्तीमा ५ बढीमा १० सेकेन्ड लगाएर नआत्तिई शिशुको अनुहारदेखि छातीसम्म हेर्नुहोस्, किनकि शिशुहरु प्रायः मस्त निदाउँछन् । उनीहरुले यति गर्दैमा तुरुन्त रुने, चल्ने नगर्न पनि सक्छन् । तर शिशुले श्वास फेर्दा छाती र पेट दुवै तल-माथि गरेको प्रष्ट देखिन्छ । शिशुको अनुहार र शरीरको रङ निलो देखिन थालेमा अक्सिजन नपुगेको थाहा हुन्छ ।

- यदि शिशु बेहोस छ, तर श्वास साधारण रुपमा फेरेको छ भने एम्बुलेन्सलाई फोन गर्नुहोस् । अर्को व्यक्ति साथमा भए फोन गर्न लगाउनुहोस् । फोनलाई स्पिकरमा राखी उद्धारकर्मीले भनेअनुसार शिशुलाई मद्दत गर्नुहोस् । नआत्तिई आफू भएको ठाउँ र समस्या प्रष्ट भन्नुहोस्, जसले उपचार जतिसक्दो छिटो सुरु गर्न मद्दत मिलोस् ।

- यदि शिशुको कुनै उत्तर आएन, श्वासप्रश्वास पनि गरेको छैन र तपाईंसँग फोनका साथै कोही व्यक्ति नजिकमा छैन भने तुरुन्त (१० सेकेन्ड भित्र) नै दुई मिनेट जति (५ पटक) सिपिआर दिनुहोस् र शिशु बोकेर फोन वा सहयोग खोज्न हिँड्नुहोस् ।

> अमेरिकन हार्ट एसोसिएसनले गरेका अनुसन्धानहरुलाई नियालेर हेर्दा समयमा सिपिआर दिनसक्ने हो भने अस्पताल बाहिर हुने कार्डियाक अरेस्ट (मुटु फेल) को नतिजा राम्रो हुन्छ।

शिशुलाई सिपिआर दिँदा अपनाउने चरण

- शिशुलाई कडा र समथर सतहमा उत्तानो पारेर राख्नुहोस् । छाती साथै टाउकोतिरका सबै लुगा निकाल्नुहोस् । शिशुको सामुन्ने एकापट्टि टाउको र खुट्टाको बीचमा बस्ने वा शिशु माथिल्लो सतहमा भए उभिनुहोस् ।

- तपाईं एक्लै सिपिआर दिँदै हुनुहुन्छ भने चोर औंला र माझी औंला सिधा पारेर औंलाका टुप्पाले दुवै स्तनको बीचमा (निप्पलको स्थान भन्दा थोरै तल) प्रति मिनेट १०० देखि १२० का दरले १.५ इन्च वा ४ सेमी छाती दब्नेगरी थिच्नुहोस् । यदि दुई जना भएर सिपिआर दिँदै हुनुहुन्छ भने एक जनाले शिशुको टाउकोतिर बसेर श्वास दिनुहोस्, अर्कोले खुट्टातिर बसेर दुवै हातको हत्केला र औंलाले शिशुको छातीलाई बेर्नुहोस् अनि दुवै हातका बुढी औंलाका टुप्पाले छातीको बीच भागमा त्यसैगरी थिच्नुहोस् ।

- प्रत्येक ३० पटक छाती थिचेपछि दुई पटक कृत्रिम श्वास दिनुहोस् । हरेक दुई मिनेटमा सम्भव भएसम्म छाती थिच्ने व्यक्ति फेर्नुहोस् । किनकि

उच्च गुणस्तरको सिपिआरका अंश

सिपिआरका अंश	१२ वर्ष माथिका सबै	१ देखि १२ वर्षसम्मका बच्चा	१ वर्ष भित्रका शिशु (भर्खर जन्मेकाबाहेक)
सुरक्षित वातावरण	उद्धारकर्मी र घाइतेको लागि वातावरण सुरक्षित छ/छैन हेर्ने		
मुटुले काम गर्न छाडेको पत्ता लगाउने	घाइतेको अनुहारमा सिधा हेरेर काँधमा बेस्सरी झक्झकाएर चर्को स्वरले बोलाउने		शिशुको अनुहारमा हेर्दै पैतालामा प्याटप्याट पार्दै बोलाउने
हारगुहार गर्ने	वरपर भएका मानिसले सुन्ने गरि चर्को स्वरले सहयोग माग्ने		
श्वासप्रश्वास अवलोकन गर्ने	कम्तीमा ५, बढीमा १० सेकेन्ड लगाएर छाती तलमाथि गरेको छ/छैन हेर्ने । यदि घाइतेको कुनै उत्तर आएन र श्वासप्रश्वास पनि गरेको छैन भने,		
सिपिआर दिने, एम्बुलेन्सलाई फोन गर्ने	आफैं एम्बुलेन्सलाई फोन गर्ने वा कसैलाई गर्न लगाउने, अन्यथा घाइतेलाई छाडी फोन वा सहयोग खोज्न जाने । फर्केर सिपिआर सुरु गर्ने		तुरुन्त ५ पटक ३०:२ को अनुपातले सिपिआर दिने, सोही क्रममा फोन भए एम्बुलेन्सलाई फोन गर्ने वा अरुलाई फोन गर्न लगाउने, अन्यथा ५ पटक सिपिआर सकेर मात्र फोन वा सहयोग खोज्न जाने । सिपिआर पुनः सुरु गर्ने
छाती थिचाइ र कृत्रिम श्वासको अनुपात	३०:२ (३० पटक छाती थिच्ने, दुई पटक श्वास दिने)		
छाती थिचाइको दर	१००/१२० प्रति मिनेटका दरले छातीको मध्य भागमा थिच्ने		
छाती थिचाइको गहिराइ	कम्तीमा दुई इन्च वा ५ सेमी	लगभग दुई इन्च वा ५ सेमी	लगभग १.५ इन्च वा ४ सेमी
छातीमा हात वा औंलाको स्थान	दुवै हातको प्रयोग गर्ने, पहिलो हातको हत्केला छातीको बीचमा राख्ने, अर्को हात पहिलो हातको माथि राखी औंलाहरु कस्ने	एक हातको हत्केला छातीको बीचमा राख्ने, यदि एक हातले २ इन्च जति छाती दबेन भने दुवै हातको प्रयोग गर्ने	एक हातको चोर औंला र माझी औंलाका टुप्पाहरु छातीको बीचमा राख्ने वा दुई जना भएमा दुवै हातको बुढी औंला छातीको बीचमा राखी दुवैतिरबाट हातले छातीलाई बेर्ने
छातीको सतह	प्रत्येक छातीको थिचाइपश्चात् सतहलाई पहिलेकै स्थानमा आउन दिने		
छाती थिचाइमा अवरोध	सिपिआर सुरु गर्दा, छाती थिच्ने व्यक्ति फेर्दा, साथै श्वास दिँदा १० सेकेन्डभन्दा बढी समय खर्च नगर्ने		

सिपिआर दिँदा छिट्टै थकाइ लाग्ने भएकाले छातीको थिचाइ पर्याप्त नहुन सक्छ । त्यसरी व्यक्ति फेर्दा वा श्वास दिँदा १० सेकेन्डभन्दा बढी छाती थिच्ने क्रम रोकिनु हुँदैन । प्रत्येक पटक छाती थिच्न रोक्दा मुटु र मस्तिष्कमा रगत सञ्चालन तुरुन्तै घट्छ । फेरि छाती थिच्न सुरु गर्दा पहिलेकै स्थानमा पुग्न केही समय लाग्छ ।

- प्रत्येक थिचाइपछि छातीलाई पूरा रुपमा माथि आउन दिनुहोस् । यसको लागि औंलाहरु छातीबाट बाहिर नै राख्नु त पर्दैन तर छातीलाई कुनै दबाब परेको हुनुहुँदैन । छाती थिच्ने समय र छोड्ने समय लगभग बराबरै हुनुपर्छ । यस प्रक्रियाले गर्दा हरेक छाती थिचाइको बीचमा मुटुमा रगत प्रशस्त मात्रामा भरिन पाउँछ ।

- इन्फ्यान्टहरुलाई वयस्क मानिसले साधारण लिएको श्वासको लगभग आधाजति श्वासले पर्याप्त हुन्छ ।

- इन्फ्यान्टको हेड टिल्ट, चिन लिफ्ट गर्दा वयस्कहरुमा जस्तो टाउको धेरै पछाडि र चिउँडो अत्यधिक माथि उचाल्नु पर्दैन । सामान्य रुपले गर्दा इन्फ्यान्टको कानको बाहिरी भाग र काँधको



माथिल्लो भागको सतह एक रेखामा भई श्वासनली खुल्नुपर्छ ।

- तपाईं साधारण रुपमा श्वास लिनुहोस् र मुखले शिशुको नाक र मुख दुवै पूरा ढाक्नुहोस् । अब विस्तारै पूरा एक सेकेन्ड लगाएर शिशुको छाती अलिकति मात्र फुल्नेगरी श्वास दिनुहोस् । यस क्रममा तपाईंको ओठको वरिपरि र शिशुको नाक-मुखको बीचबाट हावा फुस्किन हुँदैन । यति सानो बच्चालाई हावा बढी दिएमा त्यसले फोक्सोमा चोट पुर्‍याउनुका साथै आमासयतिर हावा भरिन्छ (ग्यासटिक इन्फ्लेसन), जसका कारणले शिशुले बान्ता गर्ने, बान्ता श्वासनलीतिर जाने डर हुन्छ ।

- यो प्रक्रियामा शिशुले आफैं श्वास फेर्ने, चल्ने, रुने गरेन वा तपाईं शारीरिक तथा मानसिक तवरबाट सिपिआर दिन असमर्थ हुनुभयो भने रोक्नुहोस् । अन्यथा एम्बुलेन्स नआउने बेलासम्म जारी राख्नुहोस् ।

यसरी सिपिआर गर्दैमा बच्चा पूर्ण रुपमा उतिबेलै निको त हुँदैन, तर सही ढंगले सिपिआर दिन सकेमा एडभान्स लाइफ सपोर्ट उपलब्ध नभइन्जेल शरीरका अत्यावश्यक अंगलाई बचाइराख्न सकिन्छ । सिपिआर दिने क्रममा करङका हड्डीहरु भाँचिन सक्छन् । तर ती केही हप्तामा आफैं जोडिन्छन् । सघन उपचार कक्षका बिरामीमा कुनै पनि बेला सिपिआर दिनुपर्ने स्थिति आउनसक्ने भएकाले बेलैमा बिरामीका परिवारलाई सिपिआर के हो, किन गरिन्छ र यसका फाइदा बेफाइदाको बारेमा बुझाएर लिखित अनुमति लिनु महत्वपूर्ण हुन्छ ।



कमजोर मेडिको लिगल सेवा

अपराधी उम्कँदै पीडित न्यायबाट वञ्चित

केही समयअघि आफ्नै ठूलो बुवाका दुई छोराबाट १० वर्षीया बालिका बलात्कृत भइन् । उनलाई तुरुन्त अस्पताल पुऱ्याइयो । चिकित्सकीय परीक्षण (मेडिको लिगल जाँच) अर्थात् फरेन्सिक परीक्षणमा रिपोर्ट अस्पष्ट आयो । अर्थात् अंग्रेजी र नेपालीमा एउटै रिपोर्टको दुईथरी अर्थ लाग्यो ।

त्यही अस्पष्ट मेडिकल रिपोर्ट नै अदालतमा कमजोर प्रमाण बन्यो । ओभरसियर पढ्दै गरेका र प्रहरीका असई ती दाजुभाइले उन्मुक्ति पाए । पीडित बालिका न्यायबाट वञ्चित भइन् ।

ती बालिकाको मेडिकल रिपोर्ट अस्पष्ट आउनुको प्रमुख कारण हो, मेडिको लिगल जाँच सम्बन्धी विषयमा चिकित्सकलाई नै विषयगत ज्ञान र सिप नहुनु ।

यो त एउटा उदाहरण मात्र हो । यस्ता समस्या देशका विभिन्न स्थानमा हरेक दिन हुने गरेका छन् । मेडिको लिगल सम्बन्धी विषयगत र सिपको कमीले पीडितहरू न्याय पाउनबाट वञ्चित भइरहेका छन् । गलत मेडिको लिगल रिपोर्टकै कारण न्यायप्रति पीडितको विश्वास हराउँदै गएको छ ।

यसैको अर्को उदाहरणका रूपमा निर्मला पन्तलाई पनि लिन सकिन्छ । निर्मलाको भजाइनल स्वाब लिने क्रममा गलत भएको कुरा पटकपटक बाहिर आयो । जसका कारण उनको बलात्कार गर्ने को हुन् भन्ने कुरा अझै बाहिर आउन सकेको छैन । उनको शव २०७४ साउन १० गते बलात्कारपछि हत्या गरेको अवस्थामा कञ्चनपुरमा फेला परेको थियो ।

के हो मेडिको लिगल रिपोर्ट ?

बलात्कार र अन्य लैंगिक हिंसाका घटनामा मेडिको लिगल रिपोर्ट अहम् हुन्छ । पीडितले न्याय पाउने एक मात्र बलियो आधार पनि हो यो । हिंसामा परेका व्यक्तिको चिकित्सकीय जाँच गरी तयार पारिएको रिपोर्ट नै मेडिको लिगल रिपोर्ट हो ।



मेडिकल लिगल सम्बन्धी विषयगत र सिपको कमीले पीडितहरू न्याय पाउनबाट वञ्चित भइरहेका छन्। गलत मेडिकल लिगल रिपोर्टकै कारण न्यायप्रति पीडितको विश्वास हराउँदै गएको छ।

■ कल्पना पौडेल/काठमाडौं

मेडिको लिगल परीक्षण भन्नाले कसुरको अनुसन्धान, अभियोजन वा न्यायिक कारबाहीको सिलसिलामा कानुनी प्रयोजनका लागि गरिने चिकित्सकीय जाँच, परीक्षण वा सो सम्बन्धी कार्य हो। यस अन्तर्गत उमेरको प्रमाणीकरण, कुटपिट, जबरजस्ती करणी, मानसिक अवस्थाको परीक्षण, यातना, शव परीक्षण, मृत्युको कारण, मृत्युको सनाखत वा यस्तै कार्य पर्दछन्।

घटना भइसकेपछि पीडितको मेडिकल उपचारमा चिकित्सकको भूमिका महत्वपूर्ण हुन्छ। पीडितले कति चाँडै न्याय पाउँछन्, त्यही रिपोर्ट नै आधार बन्छ।

फरेन्सिक क्षेत्रका विज्ञ चिकित्सकका अनुसार पीडितको नमुना लिने, मेडिको लिगल परीक्षण गर्ने, रिपोर्ट तयार गर्ने लगायतका विषयमा धेरै चिकित्सकलाई तालिम र सिपको अभाव छ।

ठूला अस्पतालमा फरेन्सिक विभाग नहुनु, भएका विभागमा पनि तालिम प्राप्त चिकित्सक र आवश्यक उपकरण नहुनु अर्को समस्या हो।

एक अध्ययन अनुसार नेपालमा हुने कुल लैंगिक हिंसाका घटनामध्ये ९४ प्रतिशत घटना महिलामाथि हुने गरेको छ। नेपाल प्रहरीको गत वर्षको तथ्यांक अनुसार कुल लैंगिक हिंसामध्ये ६४ प्रतिशत यौनजन्य हिंसामा १८ वर्षमुनिका बालिका र किशोरी परेका थिए। प्रहरीकै तथ्यांक अनुसार पछिल्ला केही वर्षमा नाबालिकालाई बलात्कार गर्ने र हत्या गर्ने घटनामा वृद्धि भएको छ।

यी सबै घटनामा मेडिको लिगल रिपोर्ट नै सबैभन्दा ठूलो प्रमाण हो। तर, देशमा वार्षिक वा मासिक कति मेडिको लिगल रिपोर्टका आधारमा पीडितले न्याय पाउन सके भन्ने रिपोर्ट नै सरकारसँग छैन। देशभरमा कति यस्ता रिपोर्ट बन्छन् भन्नेबारे पनि सरकार बेखबर छ।

अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थामा तयार हुने यस्ता रिपोर्टका विषय नियमित रूपमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले संकलन गरेर राख्नुपर्ने हो। तर, मन्त्रालयमा अहिलेसम्म मेडिको लिगल सेवा हेर्ने शाखा वा इकाइ नै छैन।

मुलुकी अपराध (संहिता) ऐन, २०७४ अनुसार करणी वा हिंसा भयो भने सो ऐनको भावना अनुसार रिपोर्ट तयार गर्नुपर्ने हुन्छ।

तर, घटनाको यथार्थ पहिचान गर्ने यति महत्वपूर्ण विषय भने सरकारको प्राथमिकतामा परेको छैन। कतिसम्म भने सरकारले संघीय संरचना अनुसार हालै मात्र ल्याएको नयाँ स्वास्थ्य नीति २०७५ मा पनि यो विषय समेटिएको छैन। स्वास्थ्यका सम्पूर्ण विषय समेटिएको भने छाता नीतिमा मेडिको लिगललाई नसमेट्नु दुःखद कुरा भएको फरेन्सिक विशेषज्ञ डा हरिहर वस्ती बताउँछन्।

'सरकारको स्वास्थ्य नीतिमा नै यो विषय नहुनुले नै प्रस्ट पार्छ कि सरकारको प्राथमिकतामा यो विषय छैन,' उनले भने।

उनका अनुसार मेडिको लिगल रिपोर्ट तयार पारिने सरकारी अस्पतालमै त्यसबारे जानकारी भएका चिकित्सक छैनन्। भएका ठाउँमा पनि आवश्यक मापदण्ड अनुसारका उपकरण अभाव छ।

दक्ष छैनन् चिकित्सक

बलात्कार वा अन्य हिंसाका घटना भए/नभएको सबैभन्दा पहिला चिकित्सकीय जाँचबाट पत्ता लगाउने कोसिस गरिन्छ। कुनै व्यक्ति बलात्कार भएर आए उसलाई ३ जना डाक्टरहरूले हेर्नुपर्छ भनिन्छ।

हुन त बलात्कार मात्र होइन अन्य शारीरिक चोटपटकको पनि सही मेडिकल रिपोर्ट नभएका कारण पीडितका लागि न्याय आकाशको फल बन्दै गएको छ।

मेडिकलले दिएको रिपोर्टका आधारमा कस्तो प्रकृतिको घटना हो भन्ने निर्क्याेल हुन्छ। कतिपय अवस्थामा मेडिकल रिपोर्ट गुणस्तरको नहुँदा अपराधी पत्ता लगाउन सकिँदैन।

नेपालमा धेरैजसो बलात्कारका घटनामा अपराधी पत्ता लाग्दैनन्। त्यसका विभिन्न कारण त हुन्छन् नै। पत्ता लागेका अपराधी पनि मेडिको लिगल जाँचको रिपोर्ट कमजोर हुँदा खुलेआम घुमिरहेका छन्।

'रिर्पोटिङ फरम्याट अनुसार विस्तृत रिपोर्ट नहुँदा अनुसन्धान बलियो हुन सक्दैन,' फरेन्सिक विशेषज्ञ प्राडा वस्ती भन्छन्।

सो रिपोर्टमा शारीरिक मात्र नभई मानसिक र भावनात्मक अवस्थाबारे पनि उल्लेख गर्न मिल्ने गरी फरम्याट बनाइएको हुन्छ। तर, तालिम र विषयगत ज्ञानको अभावमा मेडिकल जाँच गर्ने चिकित्सकले शारीरिक चोटलाई मात्र प्राथमिकता दिने गरेको डा वस्तीको भनाइ छ। मानसिक र भावनात्मक अवस्थालाई नसमेटी रिपोर्ट बनाइँदा विभिन्न समस्या पनि थपिएका छन्।

'कुनै केस अदालतमा पुगेको छ भने त्यहाँ यही रिपोर्टको आधारमा फैसला हुने गर्छ,' डा वस्ती भन्छन्, 'मेडिकल रिपोर्ट बलियो भएमा पीडितले न्याय पाउने सम्भावना बलियो हुन्छ। रिपोर्ट नै कमजोर भएमा पीडितका लागि न्याय परको कुरा हुन जान्छ।'

महिलामाथि हुने करणी, कुटपिट वा अन्य खालका हिंसाका परीक्षण न्यायिक कारबाहीको सिलसिलामा कानुनी प्रयोजनका लागि नमुना लिई जाँच गर्नुपर्छ। त्यसका लागि सरकारले निकालेको ढाँचामा मेडिकल अधिकृतहरूले रिपोर्ट दिन्छन्।

त्यही रिपोर्ट कसरी दिने, नमुना संकलन कसरी गर्ने जस्ता कार्यका लागि विशेष तालिम आवश्यक हुन्छ। तर, यसखाले तालिम सबै चिकित्सकले नपाएको डा वस्ती बताउँछन्।

निर्देशिका कार्यान्वयन भएन

मेडिको लिगल सेवाको अवस्था नेपालमा कमजोर हुँदा दोषी उम्किरहने र पीडित सधैं अन्यायमा परिरहने अवस्था आएपछि सरकारले गत चैतमा यसका लागि छुट्टै निर्देशिका ल्याएको छ।

मेडिको लिगल सेवा, यसमा प्रयोग हुने औजार, परीक्षण गर्ने स्थान, चिकित्सकको दायित्व लगायतका विषय निर्देशिकामा उल्लेख छ।

यही निर्देशिकालाई आधार मानेर स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले देशभरका १५० जना मेडिकल अधिकृतलाई तालिम दियो। जुन सातै प्रदेशका ७७ जिल्लामै सञ्चालन गरिएको थियो। परीक्षण गर्ने, केसको हिस्ट्री, नमुना संकलन, जाँच, गोपनीयता लगायतका ज्ञान ती चिकित्सकले लिएका थिए।

१३ सरकारी र निजी शिक्षण अस्पताल मेडिकल कलेजका २५ जना फरेन्सिक चिकित्सकलाई पनि लैंगिक हिंसा र मेडिको लिगलबारे तीनदिने तालिम दिइएको छ। सो तालिममा पीडितको मेडिको लिगल जाँच गर्दा शारीरिक, मानसिक र भावनात्मक पक्षलाई समेत कसरी जाँच गर्ने भन्ने कुरा सिकाइएको छ। रिपोर्ट तयार गर्ने फरम्याट पनि सोही अनुसार बनाइएको छ।

बलात्कार जस्तो केसमा लिइएको नमुना सम्बन्धित ल्याबले अदालतबाट फैसला



नहुन्जेलसम्म सुरक्षित राख्ने कुरा पनि सिकाइन्छ। किनभने, कसैले सोही जाँचमा चुनौती दिन सक्छ। त्यसो भएमा सो नमुना केन्द्रीय ल्याबमा जाँचका लागि पठाउन सक्छ। यी सबै कुरा समेटेर प्याकेज तालिम दिएको मन्त्रालयको भनाइ छ।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयका गुणस्तर मापन तथा नियमन महाशाखाका प्रमुख डा दीपेन्द्ररण सिंहले निर्देशिकाले मेडिको लिगल जाँच सेवा दिने हरेक अस्पतालको तथ्यांक व्यवस्थित गर्ने, सेवाको गुणस्तरीयता बढाउन तालिम विस्तार गर्दै लैजाने बताए।

'अहिले पनि मेडिकल लिगल सेवा कमजोर नै छ,' उनले भने, 'निर्देशिकाले केन्द्र, प्रदेश समिति र हरेक अस्पतालमा यसको इकाइ हुनुपर्ने परिकल्पना गरेको छ। सोही अनुसार केन्द्रीय समिति बनेको छ। निकट भविष्यमै समितिको पहिलो बैठक बस्छ।'

अस्पतालमा अरू बिरामीसँगै आफ्ना कुरा भन्न पीडितलाई गाह्रो हुन्छ। त्यसैले हरेक अस्पतालमा मेडिको लिगल सेवा युनिट अनिवार्य हुनुपर्छ। जहाँ छुट्टै कोठा, अन्य जाँच गर्ने एक्सरे, प्रयोगशाला हुनुपर्छ। तर, यो सबैको व्यवस्था हुन सकेको छैन।

सरकारले ल्याएको निर्देशिका लागू भयो केही हदसम्म मेडिको लिगल सेवा गुणस्तरीय हुने अपेक्षा गरिएको छ। तर सरकारबाट स्वीकृत भएको तीन महिनाभन्दा बढी हुँदा पनि कार्यान्वयन हुन सकेको छैन।

मेडिको लिगल सेवा निर्देशिकामा के छ ?

निर्देशिकाले 'मेडिको लिगल परीक्षण' भन्नाले कसुरको अनुसन्धान, अभियोजन वा न्यायिक कारबाहीको सिलसिलामा कानुनी प्रयोजनको लागि विभिन्न घटना उमेर प्रमाणीकरण, कुटपिट, जबरजस्ती करणी, मानसिक अवस्थाको परीक्षण, यातना, शव परीक्षण, मृतकको सनाखत वा यस्तै अन्य घटनामा गरिने चिकित्सकीय जाँच, परीक्षण वा सो सम्बन्धी अन्य कार्य भनी परिभाषित गरेको छ।

मेडिको लिगल विषयमा कम्तीमा स्नातकोत्तर तहको उपाधि प्राप्त गरी नेपाल सरकारको नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको नेपाली चिकित्सक वा मेडिको लिगल परीक्षण सम्बन्धी तालिम प्राप्त चिकित्सकले मात्र मेडिको लिगल परीक्षण गर्न सक्छन्।

मेडिको लिगल परीक्षण तथा सोको आधारमा तयार पारिने प्रतिवेदनलाई मेडिको लिगल सेवा भनिन्छ। चिकित्सकले विशेषज्ञको साक्षीको रूपमा अदालतमा गर्नुपर्ने बकपत्र तथा दिनुपर्ने चिकित्सकीय रायलाई समेत लिगल सेवा बुझाउने निर्देशिकामा उल्लेख छ।

सरकारी स्वास्थ्य संस्थाले मेडिको लिगल सेवा सञ्चालन गर्न अनुमतिपत्र लिन नपर्ने भए तापनि निजी स्वास्थ्य संस्थाले मेडिको लिगल अन्तर्गतको कुन परीक्षण गर्न लागेको भनेर उल्लेख गरी केन्द्रीय वा प्रदेशको मेडिको लिगल सेवा सञ्चालन समिति वा समन्वय समितिमा खुलाई निवेदन पेस गर्नुपर्ने हुन्छ।

निर्देशिकाले स्वास्थ्य संस्था तथा चिकित्सकले पालना गर्नुपर्ने विभिन्न सर्त पनि समेटेको छ।

निर्देशिकामा हरेक स्वास्थ्य संस्थामा एक मेडिको लिगल युनिट गठन हुनुपर्ने व्यवस्था छ। तर फरेन्सिक मेडिसिन विभाग भएमा स्वास्थ्य संस्थामा छुट्टै युनिट राख्न आवश्यक हुने छैन।

मेडिको लिगल परीक्षण जुनसुकै समयमा गर्न सकिने गरी आवश्यक व्यवस्था मिलाउनुपर्ने व्यवस्था पनि निर्देशिकामा उल्लेख छ।

मन्त्रालयबाट लागू गरिएको सम्बन्धित विषयको कार्य सञ्चालन कार्यविधि (स्ट्यान्डर्ड अपरेटिङ प्रोसिड्युर) बमोजिम मेडिको लिगल परीक्षण गर्नुपर्ने हुन्छ। त्यस क्रममा सम्बन्धित पीडितको गोपनीयता कायम गर्न पनि निर्देशिकाले अनिवार्य गरेको छ।

जाँच गरेपछि त्यसको प्रतिवेदन सामान्यतया तीन दिनभित्र उपलब्ध गराउनुपर्ने र प्रतिवेदनमा सम्पूर्ण विवरण पूर्ण र प्रस्ट रूपमा सम्भव भएसम्म नेपाली भाषामा उल्लेख गर्नुपर्ने अनिवार्य व्यवस्था गरिएको छ।

निर्देशिकाले यो सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाले शव परीक्षण (अटोप्सी) का लागि कम्तीमा दुई जना चिकित्सक, शव परीक्षण सहयोगी (मर्चुरी हेल्पर) वा सो सम्बन्धी तालिमप्राप्त कम्तीमा दुई जना अनुभवी व्यक्ति र एक जना कम्प्युटर अपरेटर हुनुपर्ने व्यवस्था गरेको छ।

साथै, शव परीक्षण सम्बन्धी सेवाबाहेक अन्य मेडिको लिगल सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको हकमा भने एक जना चिकित्सक वा सो विषयमा तालिम लिएको एक अन्य चिकित्सक हुनुपर्ने उल्लेख छ।

मापदण्ड र पूर्वाधार व्यवस्था

शव गृहको स्थापना : यो सेवा सञ्चालन गर्ने अनुमति पाएका स्वास्थ्य संस्थामा छुट्टै शवगृह हुनुपर्नेछ। जहाँ आउन-जान छुट्टै मार्ग हुनुपर्नेछ।

क्लिनिकल मेडिको लिगल परीक्षण कक्ष : शव परीक्षणबाहेक अन्य मेडिको लिगल परीक्षण सम्बन्धी सेवको सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्र प्राप्त स्वास्थ्य संस्थामा तोकिएको मापदण्ड र पूर्वाधार सहितको क्लिनिकल मेडिको लिगल कक्ष हुनुपर्नेछ।

स्वास्थ्य संस्थाले तत्काल आकस्मिक उपचार गर्नुपर्ने बिरामीका लागि आकस्मिक उपचार कक्षमा उपचार गराई मेडिको लिगल जाँचसमेत गर्ने व्यवस्था मिलाउनुपर्ने र जाँच गर्दा आवश्यक पर्ने एक्सरे, प्रयोगशाला लगायतका अन्य परीक्षण सोही स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध हुनुपर्ने व्यवस्था गरेको छ।

यो निर्देशिका लागू भएपछि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमा गुणस्तर मापन तथा नियमन महाशाखाका प्रमुखको अध्यक्षतामा केन्द्रीय मेडिको लिगल सेवा सञ्चालन समिति बन्नेछ। जसमा महान्यायाधिवक्ता कार्यालयका सहन्यायाधिवक्ता, कानुन तथा न्याय सम्बन्धी विषयमा मन्त्रालयका सहसचिव, अपराध अनुसन्धान विभागका वरिष्ठ प्रहरी उपरिक्षक, चिकित्सा विज्ञान राष्ट्रिय प्रतिष्ठानका फरेन्सिक मेडिसिन प्रमुख र राष्ट्रिय विधि विज्ञान प्रयोगशालाका प्रतिनिधि सदस्य रहने व्यवस्था गरिएको छ।

सो समितिको स्वास्थ्य मन्त्रालयका कानुन शाखाका उपसचिव सदस्य सचिव रहनेछन्।

सो समितिले मेडिको लिगल सेवाबारे नीति तथा मापदण्डका सम्बन्धमा मन्त्रालयलाई सिफारिस गर्ने, स्वास्थ्य संस्थालाई सेवा सञ्चालनको अनुमति दिने, समन्वय गर्ने, वार्षिक कार्यक्रम, कार्ययोजना तयार गरी स्वीकृत गर्ने र कार्यान्वयन गराउने, सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाको अनुगमन निरीक्षण तथा सुपरीवेक्षण गर्ने कार्य गर्नेछ।

प्रदेश मेडिको लिगल सेवा समन्वय समिति

प्रदेशमा प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयका निर्देशक अध्यक्षतामा प्रदेश मुख्य न्यायाधिवक्ताको कार्यालयका उपन्यायाधिवक्ता, प्रदेश प्रहरी कार्यालयका प्रहरी उपरीक्षक, स्वास्थ्य सम्बन्धी विषय हेर्ने प्रदेश सरकारको मन्त्रालयबाट मनोनीत फरेन्सिक अधिकृत सदस्य रहने समिति हुनेछ। स्वास्थ्य हेर्ने प्रदेश मन्त्रालयकाका कानुन अधिकृत यो समितिको सदस्य सचिव रहने व्यवस्था निर्देशिकाले गरेको छ।

> अस्पतालमा अरू बिरामीसँगै आफ्ना कुरा भन्न पीडितलाई गाह्रो हुन्छ। त्यसैले हरेक अस्पतालमा मेडिको लिगल सेवा युनिट अनिवार्य हुनुपर्छ।

यो समितिले मेडिको लिगल सेवा व्यवस्थापन गर्ने गराउने, सम्बन्धित निकायबीच समन्वय गर्ने, अवलम्बन गर्नुपर्ने नीति तथा मापदण्डका सम्बन्धमा समितिलाई सिफारिस गर्ने, यो सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाको क्षमता अभिवृद्धि गर्न कार्यक्रम गर्ने र अनुगमन, निरीक्षण तथा सुपरीवेक्षण गर्ने, गराउने लगायतका काम गर्नेछ ।

निर्देशिकाले नेपाल सरकार वादी हुने मुद्दामा प्रदान गरिने मेडिको लिगल सेवा निःशुल्क हुने व्यवस्था गरेको छ ।

स्वास्थ्य मन्त्रालयले मेडिको लिगल सञ्चालन क्रममा केन्द्रीय समिति, प्रदेश मेडिको लिगल समन्वय समिति तथा मेडिको लिगल सेवा सञ्चालन गर्ने स्वास्थ्य संस्थालाई आवश्यक निर्देशन दिन सक्नेछ ।

सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो स्वास्थ्य संस्थाबाट सम्पादन गरेको मेडिको लिगल परीक्षण सम्बन्धी प्रतिवेदन प्रत्येक चार महिनामा समितिमा पेस गर्नुपर्ने व्यवस्था गरिएको छ । सो निर्देशिकाले स्वास्थ्य संस्थाहरूको स्तर अनुसार पूरा गर्नुपर्ने मापदण्ड र पूर्वाधार पनि निर्धारण गरेको छ । जसअनुसार प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र जिल्ला अस्पताल (प्रत्येक महिना ३० भन्दा धेरै शव परीक्षण हुने) रहेका छन् ।

ती स्वास्थ्य संस्थामा शवगृह वा पोस्टमार्टम कोठा, चेन्जिङ रुम, स्टोर लगायतका २७ प्रकारका शव परीक्षणका लागि चाहिने मापदण्ड र पूर्वाधार निर्धारण गरिएको छ । यस्तै, क्लिनिकल सेवाका लागि मेडिको लिगल परीक्षण गर्ने कोठा, परीक्षण गर्न एउटा बेड, तौल लिने मेसिन, परीक्षण कीट, बलात्कार केसका लागि रेप भिक्टिम परीक्षण कीट, क्यामेरा लगायतका १९ प्रकारका पूर्वाधार र मापदण्ड तोकिएको छ ।

द्वितीय तहका अस्पताल अर्थात् अञ्चल अस्पताल, क्षेत्रीय, उपक्षेत्रीय अस्पताल र मेडिकल कलेज टिचिङ अस्पताल (जहाँ हरेक महिना एक सयभन्दा बढी शव परीक्षण हुन्छ) पनि तोकिएको छ ।



ती अस्पतालमा शव परीक्षणका लागि शवगृह वा पोस्टमार्टम कोठा, एक्सरे रुम, ८ देखि १० वटा शव राख्न मिल्ने चिसो कोठा, चेन्जिङ रुम, स्टोर लगायतका ३० प्रकारका सामग्री तोकिएको छ ।

गम्भीर चासोको खाँचो

नीति नियम बनाएर मात्र हुँदैन । यस्ता घटनाको अनुसन्धानका लागि मेडिको लिगल जाँच र विस्तृत रिपोर्टको निकै खाँचो हुन्छ । सँगसँगै जाँच गर्ने चिकित्सक र नीति निर्माताहरूमा पनि विवेक र संवेदनशीलता उत्तिकै जरुरी छ ।

कडा कानुन र महत्वाकांक्षी नीतिहरू नबनेका होइनन् तर त्यसको कार्यान्वयन र संवेदनशीलता नहुँदा पीडित पीडामै गुज्रिन बाध्य छन् ।

मेडिको लिगल जाँच गरिएको संख्या गन्नुभन्दा पनि मेडिको लिगल रिपोर्टबाट कतिले न्याय पाए भन्ने कुरा महत्वपूर्ण हो । त्यसका लागि स्पष्ट जाँच रिपोर्ट आवश्यक हुन्छ ।

यो समस्यालाई सल्टाउँदै लैजान सरकारले प्रदेश र केन्द्रका सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था र अस्पतालका चिकित्सकलाई प्रभावकारी तालिमको व्यवस्था गर्नुपर्छ । यो सेवा दिने सरकारी अस्पतालमा पूर्वाधारयुक्त मेडिको लिगल सेवा युटिन र तालिमप्राप्त जनशक्ति व्यवस्था नगर्दासम्म पीडितले कहिल्यै न्याय पाउने छैनन् । ●

अन्तर्वार्ता

नेपालमा मेडिको लिगल सेवाको छुट्टै पहिचान हुनुपर्छ

प्राडा हरिहर वस्ती

नेपालमा मेडिको लिगल सेवाको छुट्टै पहिचान हुनुपर्छ भनेर लामो समयदेखि लाग्ने व्यक्ति हुन्, प्राडा हरिहर वस्ती। उनको दरबन्दी वीर अस्पतालमा छ। उनलाई कामकाज गर्न भनी काजमा चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थानको फरेन्सिक विभागमा खटाइएको छ। वीर अस्पतालमा अहिलेसम्म फरेन्सिक विभाग नै छैन। उनी काजमा काम गर्न थालेको पनि २० वर्षभन्दा बढी भयो। यो लामो समयमा न वीरमा फरेन्सिक विभाग बन्यो, न उनलाई काजमा पठाइएको आइओएमको फरेन्सिक विभागको व्यवस्थापन भयो। नेपालका अधिकांश अस्पतालमा मेडिकल लिगल सेवाको अवस्था निकै कमजोर छ। कुनै पनि घटनाको कारण पत्ता लगाउन गरिने चिकित्सकीय जाँच अर्थात् मेडिकल लिगल परीक्षण निकै महत्वपूर्ण मानिन्छ। नेपालमा मेडिको लिगलको महत्व, अहिलेको अवस्था र सरकारले हालै मात्र ल्याएको निर्देशिकालगायत विषयमा स्वास्थ्य खबरपत्रिकाका लागि कल्पना पौडेलले डा वस्तीसँग गरेको कुराकानी :

मेडिको लिगल सेवा भनेको के हो ?

मेडिको भनेको चिकित्सा र लिगल भनेको कानुनबाट आएको शब्द हो। चिकित्सकको काम औषधिउपचार र रोग निको पार्ने मात्र होइन, कानुनी प्रयोजनका लागि सबुत तयार गरिदिने दायित्व पनि हुन्छ। त्यो सबुतले मुद्दा चलाउने अधिकारीलाई मुद्दा चलाउन वा नचलाउन मद्दत गर्छ।

उदाहरणका लागि कुनै व्यक्ति मरेको अवस्थामा भेटियो। जाँच गर्दा ऊ हृदयघात वा अन्य कुनै रोगका कारणले मरेको भन्ने रिपोर्ट आयो भने अनुसन्धान आवश्यक हुँदैन। तर गर्दा घाँटी अँठ्याएको, शरीरमा अन्य चोटपटक लागेको, गोली लागेको घाउ छ भने जाँच गर्दा आफैंले गरेको होइन भन्ने देखियो भने अनुसन्धान गर्नुपर्ने हुन्छ। त्यसका लागि मेडिकल रिपोर्ट ठूलो प्रमाण हो। त्यही कानुनी प्रमाणका लागि दिइने प्रतिवेदन नै मेडिको लिगल सेवा हो।

नेपालमा मेडिको लिगलको अवस्था कस्तो छ ?

नेपालमा मेडिको लिगलको अवस्था कमजोर छ। राज्यले मेडिको लिगल सेवालाई न्यून प्राथमिकतामा राखेको छ। स्वास्थ्य मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग वा अस्पतालमा मेडिको लिगल सेवा हेर्ने जिम्मेवार इकाई छैन।

समाजमा हरेक समय विभिन्न किसिमका घटना भइरहेका छन्। हरेक दिन अस्पतालमा यस्ता केस आउँछन्। प्रहरीले यस्ता केसको मेडिकल जाँचका लागि नजिकैको अस्पतालमा लैजान्छ। अस्पतालमा विशेष तालिमप्राप्त चिकित्सकले मात्र मेडिको लिगल जाँच गर्नुपर्ने हुन्छ। तर हामीकहाँ तालिमप्राप्त जनशक्तिको कमी छ। जसका कारण रिपोर्ट स्पष्ट र विस्तृत हुँदैन। जुन पीडितलाई न्यायका लागि पनि बलियो आधार हुँदैन।

हामीले संवेदनशील विषयको मेडिको लिगल तयार गर्न जोसुकैले मिल्दैन भन्ने प्रष्ट हुन आवश्यक छ। स्वास्थ्यमा १५ महिनाको तालिमदेखि वर्षौं लगाएर अध्ययन गर्ने चिकित्साका विषयहरु छन्। यस्तो मेडिको लिगलको काम सबै स्वास्थ्यकर्मीले जान्दछन् भन्ने अपेक्षा हामीले गर्नुहुँदैन। चिकित्सकलाई यो विषयको तालिम दिनु, आवश्यक उपकरण उपलब्ध गराउनुपर्छ। यो विषयमा हामी निकै पछाडि छौं।

अहिलेसम्म नेपालमा मेडिको लिगलका लागि केके व्यवस्था गरिएको छ ?

मेडिको लिगल सेवालाई व्यवस्थित गरिएको अवस्था छैन। छुट्टै संरचना नै नभएपछि यसका लागि बजेट कार्यक्रम पनि छैनन्। धेरैजसो अस्पतालमा अहिले पनि बिना जनशक्ति, उपकरण काम चलाउनुपर्ने बाध्यता छ। राज्यले अहिले पनि कानुनी प्रयोजनका लागि रिपोर्ट तयार गर्ने मानिसलाई विशेष जानकारी र तालिम चाहिन्छ भनी प्राथमिकता राख्न आवश्यक छ।

कुनै घटना भयो। त्यसको कसरी सबुत संकलन गर्ने, कसरी राख्ने, कसरी जाँच गर्ने, केके कुरा कसरी सोध्ने भन्ने चिकित्सकलाई राम्रो जानकारी छैन। जसको कारण अस्पष्ट र अधुरा प्रतिवेदन तयार हुन्छन्। विशेष काम गर्न विशेष ज्ञान भएका मानिस चाहिन्छ। विशेष प्रकृतिको काम यत्तिकै भइरहेको छ।

कुनै घटना भयो। त्यसको कसरी सबुत संकलन गर्ने, कसरी राख्ने, कसरी जाँच गर्ने, केके कुरा कसरी सोध्ने भन्ने चिकित्सकलाई राम्रो जानकारी छैन । जसको कारण अस्पष्ट र अधुरा प्रतिवेदन तयार हुन्छन्।



मेडिकल शिक्षा अध्यापन गराउने कलेजमा फरेन्सिक मेडिकल विभाग आवश्यक छ। विशेष योग्यता भएका शिक्षक चाहिन्छन् । नेपालमा यो विषयमा ६० जना जति विज्ञ चिकित्सक उत्पादन भइसकेका छन् । उनीहरुको भरपुर उपयोग र सेवा व्यवस्थित तथा गुणस्तरीय बनाउने काम हुनुपर्छ।

मेडिको लिगल नहुँदा केके प्रभावित भएको छ ?

संरचनागत रुपमा पहिचान हुनुपर्छ। यी नहुँदा सबै कुरामा प्रभाव परेको छ । सतही ज्ञानबाट गरिएको कामबाट गुणस्तरीय रिपोर्ट आउँदैन । पीडितले न्याय पाउने विषयसँग जोडिएकोले न्यूनतम आधारमा राखी मेडिको लिगलबारे ज्ञान भएको व्यक्तिलाई जिम्मेवारी दिइनुपर्छ । यो अपराधीले सजाय पाउने विषयसँग जोडिएको छ । यसका लागि आवश्यक सामग्री केके हुन् भनेर हरेक अस्पतालमा व्यवस्था गरिनुपर्छ ।

विषयगत ज्ञान नभई काम गर्दा अपराध नभएको विषय अपराधमा स्थापित हुनसक्छ । निर्दोष व्यक्तिले सजाय पाउने अवस्था हुन्छ । भएको नहुने, नभएको हुने यो दुवै कुरा हुनसक्छ। यो झन् ठूलो अपराध हो । सबुत कमजोर हुँदा निर्दोष व्यक्ति जेल जानसक्छ । त्यस्तो भयो भने झन् ठूलो अपराध हुन्छ। कुनै सम्बोधन नगरिएको विषय भएकाले यसबारे व्यवस्थित कुनै तथ्यांक छैन । यस्तो महत्वपूर्ण र संवेदनशील विषयको डाटा राख्नु आवश्यक छ ।

सरकारले गत चैतमा मेडिकल सेवा निर्देशिका ल्याएको छ, निर्देशिकामा के व्यवस्था छ ?

तीन वर्षको लगातार प्रयासपछि निर्देशिका आएको छ। तर अझै लागू भएको छैन। यसलाई सक्दो छिटो लागू गर्नुपर्छ। अहिलेसम्म किन लागू भएन, यसको उत्तर अझसम्म मैले भेटेको छैन । छिटो लागू गरौं भन्दै आएको छु ।

यो निर्देशिका ल्याएर मात्र सबै कुरा सम्बोधन हुन सक्दैन । उक्त निर्देशिका अहिलेको संघीय संरचनाअनुसार तयार गरिएको छ। हरेक अस्पतालमा मेडिको लिगल युनिट हुनुपर्छ। यससँग सम्बन्धित विज्ञ राख्नुपर्ने कुरा निर्देशिकाले बोलेको छ ।

स्वास्थ्य मन्त्रालयअन्तर्गत प्रदेशका मन्त्रालयमा छुट्टै युनिट हुनुपर्छ भन्ने कुरा छ । अस्पतालमा मेडिको लिगल युनिटमा न्यूनतम केके कुरा हुनुपर्छ भनेर पनि तोकिएको छ। निर्देशिकाले मन्त्रालयमा केन्द्रीय मेडिको लिगल सेवा सञ्चालन समिति हुनुपर्छ भनेर परिकल्पना गरेको छ। प्रदेश मेडिको लिगल सेवा समन्वय समिति पनि हुनपर्छ भनेको छ।

स्वास्थ्य संस्थामा मेडिको लिगल परीक्षणसम्बन्धी मापदन्ड र पूर्वाधार पनि स्पष्ट पारिएको छ। २४सै घन्टा सेवा हुनुपर्छ। कम्तीमा हरेक अस्पतालमा एक मेडिको लिगल युनिट हुनुपर्छ।

यो निर्देशिका आउनुअघि कुनै व्यवस्था नै थिएन ?

अहिले पनि पहिले जसरी चल्दै आएको थियो, त्यसरी नै काम चलेको छ । पहिले जो स्वास्थ्यकर्मी उपलब्ध थिए, अहिले उनीहरुले जाँच गर्ने चलन अहिले पनि छँदै छ। यो बेलासम्म कानुन आइसक्नुपर्ने थियो । तर आएको छैन। कमसेकम कानुन आउन ढिला हुन्छ, बरु निर्देशिका बनाउँदा

छिटो हुन्छ भनेर निर्देशिका बनाउनतिर लागियो ।

नेपालमा वार्षिक कति मेडिको लिगल रिपोर्ट तयार हुन्छन् ?

यसबारे आधिकारिक तथ्यांक छैन । हरेक अस्पतालमा आफ्नो तथ्यांक होला तर एकीकृत हुन सकेको छैन । म कार्यरत फरेन्सिक विभागमा वार्षिक दुई हजार शव परीक्षण (अटप्सी) हुन्छ । सबैभन्दा बढी दुर्घटना, दोस्रोमा आत्महत्याका केस धेरै हुन्छन् । हत्या गरिएका घटना पनि आइहन्छन् । प्राकृतिक कारणले मरेका केस पनि आउँछन् । केही समयअघि वीर अस्पतालका चिकित्सकले वर्षमा १० हजार मेडिको लिगल जाँच हुने बताएका थिए ।

तपाईंको नेतृत्वमा देशभरका सरकारी अस्पतालका मेडिकल अधिकृतहरुलाई तालिम सञ्चालन भएको थियो ? यतिले मात्र पुग्छ त ?

निर्देशिकालाई आधार मानेर तालिम दिइएको हो । त्यति मात्र पर्याप्त हुँदैन । काम गर्ने चिकित्सकले छोड्ने क्रम बढ्दो छ । १५० जना चिकित्सकलाई तालिम दिइएको थियो । यीमध्ये धेरैले छोडिसकेका छन् । चिकित्सक सरुवा भएर अन्य अस्पतालमा जाँदा बरु तालिमको कुरा त्यहाँ काम लाग्छ । तर छोडेर जाँदा समस्या हुन्छ । तालिम दिइहनुपर्छ । तालिमसँगै अस्पतालमा काम गर्ने वातावरण हुनुपर्छ ।

तालिम दिएर मात्र हुँदैन । काम गर्नका लागि अस्पतालमा आवश्यक स्रोत-साधन पनि चाहिन्छ ।



तीन वर्षको लगातार प्रयासपछि निर्देशिका आएको छ । तर अझै लागू भएको छैन । यसलाई सक्दो छिटो लागू गर्नुपर्छ ।



जब अस्पतालमा शवगृह छैन, छुट्टै कोठा छैन भने तालिमको उपयोग हुन सक्दैन । सबै बिरामीसँगै एउटा बलात्कार भइआएको पीडितलाई राखेर जाँच गर्न मिल्दैन । कसरी सोधपुछ गर्ने, चौरमा लास चिरेर जाँच गर्न मिल्छ ? त्यस्तो ठाउँमा कस्तो प्रतिवेदन तयार होला ?

यो निर्देशिकाले पनि विज्ञहरुको मात्र उपयोग गर्छ । त्यो पनि ती अस्पतालमा जहाँ सबै स्रोत-साधन छ, त्यहाँ मात्र काम लाग्छ । नत्र सबै तालिम लिएर जान्दाजान्दै पनि स्रोत-साधनको अभावमा गलत रिपोर्ट बन्ने स्थिति बन्न सक्छ । जसलाई जाँच गर्न दिइन्छ, उसलाई न्यूनतम ज्ञान पनि दिनुपर्‍यो । यी सबै व्यवस्था गरिएपछि त्यसको नियमित अनुगमन पनि गर्नुपर्छ । मानवीय स्वभाव हो, गल्ती पनि हुनसक्छ । त्यसैले बेलाबेलामा अनुगमन हुन जरुरी छ ।

ओसिएमसी अर्थात् एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्रमा मेडिको लिगलको कस्तो भूमिका छ ?

महत्वपूर्ण भूमिका छ । ओसिएमसीमा धेरै सेवा छन् । त्यसको महत्वपूर्ण सेवा मेडिको लिगल पनि हो । एकै ठाउँबाट उपचार, कानुनी पुनर्स्थापना लगायतका सेवा त्यहाँबाट दिइन्छ ।

सरकारको सकारात्मक प्रयास हो ओसिएमसी । तर ओएसिएमसी असफल हुनुमा मेडिको लिगलको राम्रो व्यवस्था नहुनु पनि एक हो । मेडिकल पाटो राम्रो भएको भए ओसिएमसी अझ धेरै सफल हुन्थ्यो । जब न्याय पाउने महत्वपूर्ण सबुत मेडिकल रिपोर्ट नै बलियो नभएसम्म कसरी न्याय पाउने ?

म वा अरु एक/दुई जनाले मात्र मेडिको लिगल सेवालाई पहिचान देऊ भनेर केही हुँदैन । मैले त २५ वर्षदेखि भन्दै आएको छु । तर सम्बोधन भएन । सबै पक्ष, सरोकारवालाहरुले बोल्नुपर्छ । यसको छुट्टै शाखा वा युनिट राखी मासिक, वार्षिक तथ्यांक राख्ने सिस्टम बसाल्नुपर्छ । तथ्यांक बिना यसलाई व्यवस्थित गर्न सकिँदैन ।

Advanced care Better results

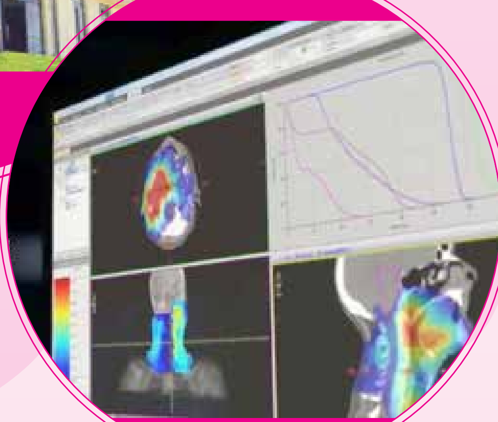


काठमाडौं क्यान्सर सेन्टर

नेपाल सरकारबाट उपलब्ध आर्थिक सहयोग यस अस्पतालमा उपलब्ध छ।





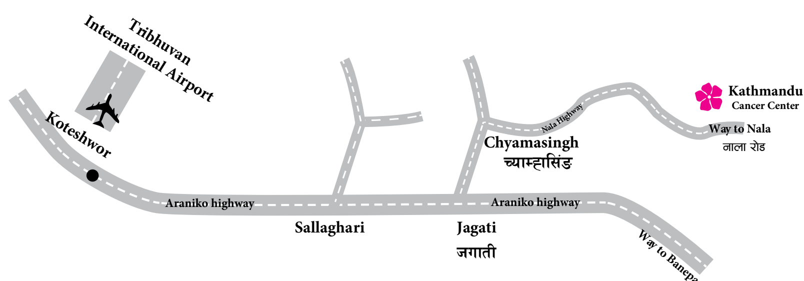


क्यान्सर रोगको उपचारका लागि अत्याधुनिक उपकरण लिनियर एक्सिलिरेटर एवं सिटी सिमुलेटर मार्फत् विशेषज्ञ चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीहरुको संलग्नतामा काठमाडौ क्यान्सर सेन्टरले रेडियो थेरापी सहितका सेवाहरु शुभारम्भ गरेको जानकारी गराउँदछौं।

Contact Us

Tathali-9 Nala Road
Changu Narayan Municipality
Bhaktapur, Nepal
Phone 01-5091629, 5091644
P.O.Box:19561
Email: info@kccrc.org

Website: www.kccrc.org



क्यान्सर उपचारबारे अन्य जानकारी चाहिएमा सम्पर्क गर्नुहोला।

अत्यधिक कामले थाकिरहनुभएको छ ? 'बर्नआउट' हुनसक्छ

कामका कारण ढाड दुख्ने, धेरै टाउको दुख्ने वा ग्यास्ट्रिकको समस्या देखिन थालेको छ भने याद राख्नुस्, तपाईंलाई 'बर्नआउट' ले सताएको हुनसक्छ।

■ शिवानी कोहोक, बिबिसी

तपाईंलाई जतिबेला पनि थकाइ लागिरहन्छ, आफ्नो जिम्मेवारीको आलोचना आफैं गर्नुहुन्छ वा कामको मागबाट आजित हुनुहुन्छ । याद राख्नुहोस्, तपाईंलाई अत्यधिक थकान अर्थात् 'बर्नआउट' ले सताइरहेको हुनसक्छ ।

विश्व स्वास्थ्य संगठनले अत्यधिक थकानलाई कामका क्रममा आउने प्रक्रिया भनेको छ । साथै संगठनले सफलतापूर्वक व्यवस्थापन हुन नसकेको कार्यालयमा चरम तनाव भएपछि बर्नआउटका लक्षण देखिने भनेर व्याख्या गरेको छ ।

यसलाई अत्यधिक थकान, नकारात्मक सोच अथवा जागिर या खराब कामसँग जोडेर गर्ने निन्दाजस्ता स्वभावका आधारमा व्याख्या गरिएको छ । यद्यपि, मानिसलाई के गलत भइरहेको छ भनेर बुझ्न कठिन हुनसक्छ ।

बर्नआउटका लक्षण

डा रसेल मोरिस भन्छिन्, 'आफू थाकिरहेको कुरा आफैंले पत्ता लगाउन कठिन छ । तर तपाईंसँग निकट रहेका मानिस वा तपाईंका हाकिमहरूले यसलाई राम्ररी पहिचान गर्न सक्छन् ।'

रसेलले आफ्नो १५ वर्षे अनुभवमा यस्ता थुप्रै बिरामी भेटेकी छन्, जो कार्यालयमा हुने तनावबाट पीडित थिए । उनले थकाइ लागिरहने त्यस्तो रोगबाट पीडित बिरामीहरू आफ्नै स्वभावबारे बेखबर हुनसक्ने बताइन् ।



उनका अनुसार त्यस्ता मानिसहरू एकदमै निन्दक स्वभावका, निराशावादी, विरक्त, राम्रोसँग खाना नखाने र निरन्तर थकित महसुस गरिरहने खालका हुन्छन् । उनीहरू आफ्नो कामबारे, साथीहरू वा सहकर्मीप्रति क्रोधित हुने वा रिसाइरहने हुन्छन् ।

डा मोरिस भन्छिन्, 'जब मानिसहरू कामका कारण ढाड दुख्ने, धेरै टाउको दुख्ने वा ग्यास्ट्रिकको समस्याका कारण बिरामी हुन थाल्छन्, उनीहरूलाई यही रोगले सताएको हुनसक्छ ।'

मलाई के भइरहेको छ ?

यदि तपाईं धेरै थाकिरहने रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ भने, आफूलाई यी प्रश्नहरू सोध्नुहोस्ः

- तपाईंको नजिकको व्यक्तिले तपाईंलाई आफ्नो काम कम गर्न भनेको छ ?
- हालैका महिनाहरूमा तपाईं आफ्नो काम वा सहकर्मी, सेवाग्राहीप्रति रिसाउने वा क्रोधित हुने गर्नुभएको छ ?
- आफूले आफ्नो परिवार, साथी वा आफैंलाई पर्याप्त समय दिन नसकेको भनेर आफैंप्रति ग्लानि महसुस भइरहेको छ ?
- रुने, रिसाउने, चिच्याउने वा कुनै ठोस कारण बिना नै तनाव लिने जस्ता भावनात्मक काम गरिरहेको महसुस गर्नुभएको छ ?
- यदि यीमध्ये कुनै प्रश्नको 'हो' भन्ने जवाफ दिनुभयो भने तपाईं परिवर्तन हुने बेला आएको छ ।

यो प्रश्नोत्तर युके प्याक्टिसनर हेल्थ प्रोग्रामका लागि परिकल्पना गरिएको हो र कोही कर्मचारी यदि 'बर्नआउट' को खतरामा छन् भने त्यो पहिचान गर्नका लागि सुरुवाती विन्दु हो । 'बर्नआउट' विकसित हुन लामै समय लाग्छ, सम्भवतः ६ देखि १८ महिनासम्म ।

'द बर्नआउट बाइबल' पुस्तककी लेखक मनोचिकित्सक डा ज्याकी फ्रान्सिस वाकर भन्छिन्, 'आम रुपमा मानिसहरू पहिला जे गर्न सक्थें, त्यो अचानक किन गर्न सकिरहेको छैन भनेर चिन्तित हुन्छन् ।



मानिसले आफूले आफूलाई त्यस्तो अवस्थामा पाउन सक्छन्, जहाँ उनीहरूसँग पहिला भएजस्तो सिर्जनात्मक वा अभिव्यक्त हुने क्षमता हुँदैन । डा वाकरका अनुसार बर्नआउट तनावभन्दा फरक कुरा हो ।

'तनाव सामान्य रुपमा हेर्ने हो भने त्यस्तो अवस्था हो, जहाँ तपाईंलाई उपलब्ध स्रोतभन्दा बढी कामको माग गरिन्छ । त्यस्तो स्रोत चाहिँ मनोवैज्ञानिक, बहन गर्नसक्ने क्षमता वा समयको हुनसक्छ,' उनी भन्छिन् ।

मानव जातिलाई कुनै पनि काम सक्न थोरै दबाब चाहिन्छ । तर जब हामी आफ्नो काम देखाउने उच्च विन्दुमा पुग्छौं, उच्च दबाबमा हुन्छौँ र दबाब बढ्दै जान्छ तब आफ्नो कार्य प्रदर्शन नराम्रो हुन थाल्छ ।

महत्वाकांक्षीलाई मात्रै होइन

एउटा मिथक छ, आफ्नो पेसामा उच्च महत्वाकांक्षा राख्नेलाई वा जसले आफ्नो काम मन पराउँदैन, उसलाई मात्रै बर्नआउटले असर गर्छ । तर त्यो सत्य नभएको मोरिस बताउँछिन् । 'मानिसहरू सोच्छन्, तपाईंले आफ्नो काम मन पराउनुहुन्न, त्यसैले बर्नआउटको बिरामी हुनुहुन्छ, तर त्यो सत्य होइन । मैले व्यक्तिगत रुपमा थुप्रै शिक्षक, चिकित्सक, वकिल, नगर व्यापारी, लेखापालमाझ तनाव देखेको छु ।'

बर्नआउटले कामकाजी मानिसलाई मात्रै असर गर्दैन, घरमा अरूको हेरचाह गर्नुपर्ने जिम्मेवारी बहन गर्नेहरू पनि यसबाट गम्भीर रुपमा प्रभावित हुन सक्छन् ।

'बालबालिका वा उमेर पुगेका आफन्तको हेरचाह वा कहिलेकाहीँ शारीरिक रुपमा सबल नभएकाहरूको हेरचाह गर्नेहरू गम्भीर रुपमा बर्नआउटबाट ग्रसित हुन सक्छन् । यस्ता बिरामी पूर्ण रूपमा थकित हुन्छन् र उनीहरूले आफूले पर्याप्त सहानुभूति नपाएको महसुस गर्नसक्छन्,' डा वाकरले भनिन् ।

बर्नआउटलाई धेरैजसोले लज्जित हुनुपर्ने विषयका रुपमा लिन्छन् । 'आफूलाई बर्नआउट छ भन्न मानिसहरू हिच्किचाउँछन्,' वाकरले भनिन, "धेरै मानिस सोच्छन्, यदि आफूले केही गर्न नसके त्यसमा पक्कै केही गलत छ । म यो गर्न सकिरहेको छैन, म कमजोर छु । यो सम्हाल्न सक्दिनँ ।'

समय छुट्याउनुस्

डा मोरिसले कर्मचारीको स्वास्थ्य र खुसीका लागि सघाउन एउटा कार्यक्रम बनाएकी छन् । 'बर्नआउटको जोखिमलाई कम गर्न हामी सबैले गर्नसक्ने कुराहरू छन्,' उनले भनिन्, 'एउटा चाहिँ तनाव बहन गर्ने क्षमताको स्तरवृद्धि हो । त्यो भनेको हामीले तनावका बेला स्वस्थ तरिकाले प्रतिक्रिया जनाउनसक्नु हो र त्यो कठिन प्रक्रियाबाट गुज्रिँदा हामी थप बलियो भएर सफलता हासिल गर्न थाल्छौं ।'

उनका अनुसार अर्को समस्या भनेको जो मानिस धेरै तनावमा हुन्छन्, त्यस्तो कुरामा केन्द्रित हुन्छन्, जसलाई उनीहरू नियन्त्रण गर्न सक्दैनन् । जे कुरामा नियन्त्रण गर्न सक्छन्, त्यसमा ध्यान दिँदा मात्रै तनावको मात्रा घट्छ । मोरिस यसैलाई 'शक्तिको क्षेत्र' भन्छिन् ।

उनका अनुसार पहिलाको कामको तालिकामा थप बाँधिएर बस्नुभन्दा कामलाई प्राथमिकतामा राखेर गर्नु महत्वपूर्ण हुन्छ । उनले कर्मचारीलाई महत्वपूर्ण र तत्काल गर्नुपर्ने काम वा त्यति महत्वपूर्ण नभएको काम छुट्याउन सहयोग पुग्ने एउटा नमुना तयार गरेकी छन् ।

> बर्नआउटले कामकाजी मानिसलाई मात्रै असर गर्दैन, घरमा अरूको हेरचाह गर्नुपर्ने जिम्मेवारी बहन गर्नेहरु पनि यसबाट गम्भीर रुपमा प्रभावित हुन सक्छन् ।

विषाक्त काम गर्ने संस्कार

'धेरै दबाब हुने जागिरमा तनाव महसुस गर्नुलाई धेरै मानिसहरू स्वभाविक ठान्छन्, तर त्यसो होइन । यो हाम्रो स्वास्थ्यका लागि खराब हो र हामी यो मिथकबाट बाहिरिन आवश्यक छ,' मोरिस भन्छिन् ।

यद्यपि बर्नआउट नहोस् भन्नका लागि रोजगारदाताले पनि यसबारे थप जिम्मेवारी लिनुपर्ने र आफ्ना कर्मचारीहरूको काम र व्यक्तिगत जीवन सन्तुलन गर्न मद्धत गर्ने अभ्यासहरूतर्फ सोच्नुपर्नेमा उनी जोड दिन्छिन् ।

प्राविधिक र डिजिटल उद्योगमा काम गर्ने उद्यमीहरूले धेरै परिवर्तन भएको र जागिर कटौती भएको पनि अनुभव गरेका छन् । उनीहरू राम्रो गरेर देखाउने दबाबमा नै छन् ।

धेरै पेसाको परिवर्तनशील प्रकृति पनि एउटा समस्या हो । आजकाल, हामी २४सै घन्टा उपलब्ध रहन्छौं र साँच्चै भन्ने हो हामी हाम्रो दिमागलाई कहिल्यै आराम नै दिँदैनौँ । सन् २०१८ मा ७५ सय कर्मचारीमाथि गरिएको ग्यालप अध्ययनले करिब दुई तिहाइ मानिसले काममा बर्नआउट अनुभव गरेको पत्ता लगाएको थियो ।

बर्नआउट हुने कारण

- काममा अनुचित र अन्यायपूर्ण व्यवहार हुनु
- व्यवस्थापन गर्न नसकिने कामको चाप
- जिम्मेवारीभित्र के पर्छ भन्ने स्पष्ट नहुनु
- व्यवस्थापकहरूबाट समर्थनको कमी
- समयको अनुचित दबाब

डा वाकर ठान्छिन्, काममा हुने तनावको मुख्य स्रोत कार्यालय भित्रको काम गर्ने संस्कार विषाक्त हुनु हो । कार्यालयहरू खर्च कटौती गर्नुपर्ने दबाबमा रहेका बेला थोरै कर्मचारीबाट धेरै कामको अपेक्षा गरिन्छ । वाकरलाई लाग्छ, समस्याको यो पक्षलाई कम्पनीहरूले पहिचान गर्नुपर्छ । 'कम्पनीहरूले कामका बेला हुने तनावलाई कम गर्न केही सहयोग गरे पनि सबैको ध्यान धेरैजसो व्यक्तिमा हुन्छ,' डा वाकरले भनिन् । ●

मस्त सुत्नुस्
स्वस्थ रहनुस्

निद्राले मस्तिष्क र शरीरलाई रिचार्ज गर्छ, स्मरण शक्ति बलियो बनाउँछ। पढ्ने र सिक्ने क्षमतालाई बलियो पार्छ, अनेकौ रोगसँग लड्नसक्ने क्षमता बढाउँछ र सहज ज्ञान प्राप्त गर्न सहयोग गर्छ।



डा कपिलदेव उपाध्याय

१ मानव जाति एउटा मात्रै प्रजाति हो, जसले जानीजानी आफ्नो सुत्ने समय घटाएर अन्य उद्देश्यहरु पूरा गर्ने प्रयास गर्छ ।

२ विकशित तथा औद्योगिकीकरण भएका देशमा निद्रा नलाग्ने समस्या विकराल बन्दै छ ।

३ निद्रा मानव जीवनका लागि अप्राप्य जैविक आवश्यकता हो ।

निद्राबारे अनुसन्धानकर्ताहरुले निकालेका निष्कर्ष हुन्, माथिका यी पंक्ति । गत १० वर्षमा निद्राबारे थप जानकारी बाहिर आएका छन् ।

विदेशतिर निद्रा लाग्ने औषधिहरुको धेरै प्रयोग हुन्छ भन्ने सुनिन्छ। अमेरिकामा काम गर्ने डाक्टरहरु भन्छन्, 'बिरामी आफैंले निद्रा लाग्ने यो औषधिको प्रेसक्रिप्सन लेखिदेऊ भन्छन् ।'

विदेश मात्र होइन, नेपालका सहरी क्षेत्रमा बसोबास गर्नेहरु पनि निद्रा नलाग्ने समस्याका कारण जँचाउन आउने धेरै छन् । आजकल नेपालमा पनि निद्रा लाग्ने औषधिहरु विना प्रेसक्रिप्सन बेच्न नपाइने नियम लगाइएकोले प्रेसक्रिप्सन लेखाउनकै लागि आउने बिरामीहरु पनि छन् । निद्रा लाग्ने औषधिको बानी पर्ने भएकोले लामो समयदेखि त्यस्ता औषधि प्रयोग गरिरहेकाहरुले औषधि छोड्न सजिलो छैन ।

राम्रो स्वास्थ्य र दीर्घायू जीवनको लागि ७ देखि ८ घन्टा सुत्नु आवश्यक मानिन्छ । उमेरअनुसार केटाकेटीमा निद्राको आवश्यकता बढी र वृद्धवृद्धामा कम हुन्छ। सोधकर्ताहरुले किन कम सुत्नु हुन्छ ? भनेर धेरै जनालाई प्रश्न गर्दा मुख्यत: तीन वटा यस्ता कारण दिइन्छ ।

- व्यस्तताले गर्दा समय कम भएर
- मानसिक तनाव र चिन्ताले गर्दा
- स्मार्ट फोन, ल्यापपटप वा अन्य ग्याजेट चलाउन बानी परेकोले

किन निद्राको आवश्यकता पर्छ ?

निद्रा दुई किसिमका हुन्छन्, एनआरइएम र आरइएम । यी दुवै खाले निद्रा सुतेको बेला पालैपालो पर्छ । एनआरइएम निद्रा निकै गहिरो हुन्छ । यसको पनि विभिन्न तह छ । सुतेपछि पहिलो, दोस्रो तह हुँदै गहिरो निद्रा पर्छ। यसपछि आरइएम निद्रा पर्छ। केही समयपछि फेरि पहिलो निद्रा पर्छ र यही क्रम चलिरहन्छ। जति बिहान हुँदै गयो आरइएम निद्रा बढी र अर्को गहिरो निद्रा कम हुँदै जान्छ । दुवै किसिमका निद्राको आ-आफ्नै महत्व छ । आरइएम निद्रामा सपना देखिन्छ । देखेको सपना याद हुनसक्छ या नहुन पनि सक्छ।

पढेको बुझ्न र सम्झनको लागि निद्रा आवश्यक छ। यसबारे केही प्राविधिक कुरा गरौं। सम्झिने तरिकाको कुरा गर्दा इमिडिएट मेमोरी (अरुले भनेको अहिले सम्झिने), सर्ट टर्म मेमोरी (पढेको, घोकेको कुरा २४ घन्टासम्म सम्झिने) र (लामो समयसम्म सम्झिने) लङ टर्म मेमोरी हुन्छन्।

सर्ट टर्म मेमोरीको फाइल मस्तिष्कको हिप्पोक्याम्पस भन्ने भागमा रजिस्टर्ड हुन्छ र यो मेमोरी फाइल मस्तिष्कको कर्टेक्स्मा ट्रान्सफर गरेपछि मात्र सधैंका लागि सम्झनामा रहन्छ ।

एनआरइएम स्लिपको गहिरो निद्रामा मस्तिष्कमा डेल्टा वेभ र स्लिप स्पिन्डल उत्पन्न हुन्छन् र यिनले हिप्पोक्याम्पसमा रजिस्टर्ड भएको मेमोरी सेरेब्रल कर्टेक्समा ट्रन्सफर गर्छन्, अनि मात्र

लामो समयसम्म पढेको कुरा सम्झिन सकिन्छ ।

पढ्ने बालबालिका, विद्यार्थी, अन्य लेखपढ गर्ने व्यक्तिहरु, अफिसको काम गर्नेहरु, प्राविधिक जोकोहीलाई पनि राम्रो सम्झिनको लागि निद्रा आवश्यक पर्दोरहेछ । उत्पादनशीलताको लागि र रचनात्मक कामको लागि पनि निद्रा आवश्यक मानिन्छ।

निद्रा पाचन क्रिया राम्रोसँग चल्न र शरीरबाट बाहिर फ्याँक्नुपर्ने पदार्थहरु फ्याँक्न, शरीरमा हर्मोनहरु उत्पादन गर्न र रोगसँग लड्नसक्ने क्षमता (इम्युनिटी) ठिक राख्न आवश्यक पर्छ। मस्तिष्कमा रहेको पिट्युटरी ग्रन्थीबाट निस्कने ग्रोथ हर्मोन निदाएको बेलामा निस्किन्छ। यसको काम मांसपेसी बढ्न, हड्डी बढ्न र बोसोको पाचन क्रियामा काम लाग्छ। त्यस्तै पुरुषमा हुने टेस्टोस्टेरोन सेक्स हार्मोन राम्रोसँग नसुत्नेहरुमा निकै कम उत्पादन हुन्छ र यसले रिप्रोडक्टिव हेल्थमा असर पार्छ । त्यसैले राम्रो शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्यका लागि आवश्यक मात्रामा सुत्नुपर्छ ।

कम सुत्नाले के हुन्छ ?

दैनिक ५ घन्टाभन्दा कम सुत्नेहरुमा मधुमेह, उच्च रक्तचाप, हृदयघातको खतरा, चिन्ता रोग, डिप्रेसन र मोटोपना जस्ता समस्या हुन्छन् भन्ने सोधकर्ताहरुको भनाइ छ। त्यस्तै अनिँदोको कारण सडक दुर्घटनाको खतरा बढ्छ। राति लगातार निद्रा नलागे आत्महत्याको विचार आउने, आत्महत्याको प्रयास गर्ने वा आत्महत्या नै गर्ने सम्भावना बढ्छ।

दैनिक रातमा ४ घन्टाभन्दा कम सुत्नेहरुमा विभिन्न किसिमका क्यान्सरको खतरा बढ्छ । जस्तैः ठूलो आन्द्रा, प्रोस्टेट र ब्रेस्ट क्यान्सर आदि। दिउँसोको बदला राति काम गर्नेहरुलाई वा नाइट सिफ्टमा काम गरिरहनुपर्नेहरुलाई पनि स्वास्थ्यको हिसाबले हानिकारक छ ।

निद्रा मस्तसँग लाग्ने भए पनि आफ्नो व्यस्तताले गर्दा नसुत्दा हुने समस्या र बेफाइदाका कुरा त भए, अब निद्रा नै नलागे के गर्ने त ?

निद्रा नलाग्दा यस्ता शारीरिक र मानसिक रोग हुन सक्छन् ।

- जोर्नीहरु दुख्ने विभिन्न किसिमका बाथरोग
- दम, खोकी र छातीसम्बन्धी रोग
- कुनै पनि दीर्घ रोग, दुख्ने र श्वास फेर्न अप्ठयारो हुने
- मानसिक तनाव
- चिन्ता रोग, डिप्रेसनलगायत करिबकरिब सबै खाले मानसिक स्वास्थ्य समस्या
- जीवनमा आइपर्ने अप्रिय घटना

अप्रिय घटनाकै कारण निद्रा नलाग्ने समस्या प्रायः आफैं ठिक हुन्छ। मानसिक तनाव घटाउने तरिकाहरु सिक्दा हुन्छ र अन्य रोगहरुको उपचार गरे निद्रामा सुधार हुने छ ।

कुनै स्वास्थ्य समस्या छैन तर निद्रा लाग्दैन :

इन्सोमनिया वा निद्रा नलाग्ने समस्या दुई किसिमका हुन्छन् । प्राइमरी इन्सोमनिया, जसमा कुनै कारण भेटिँदैन र सेकेन्डरी इन्सोमनिया, जसका कारणहरु माथि भनिएजस्तै हुन्छन्। प्राइमरी इन्सोमनिया पनि विना कारण त हुँदैन तर खोज्दै जाँदा कारण भेट्न सकिन्छ। जस्तैः

स्लिप एपनियाः निदाइरहेका बेला श्वास फेर्ने क्रम ढिलो ढिलो हुँदै अचानक थोरै समय रोकिन्छ र व्यक्ति जाग्छ। निद्रा खल्बलिन्छ र यही क्रम दोहोरिन्छ । घुरेर सुत्ने व्यक्तिमा यस्तो समस्या हुनसक्छ ।

आजकल घुरेर सुत्नेहरुका लागि उपचार विधि उपलब्ध छ। नाक, कान, घाँटीका चिकित्सकसँग जँचाएर जानकारी लिन सकिन्छ। त्यस्तै स्लिप हाइपोपनिया र लिमिटेड एयर फ्लोको कारण निद्रामा समस्या हुन्छ। नाकको एलर्जी, पोलिप, नाक भित्रको हड्डी बांगो भएर पनि निदाएको बेला श्वासप्रश्वासमा कठिनाइ हुन्छ।

इन्सोमनियामा सुत्न गयो, निद्रा नलाग्ने समस्या हुनसक्छ वा एक पटक निदाएर जाग्यो, फेरि निद्रा नलाग्ने पनि हुनसक्छ ।

निद्रा राम्रो नलागेपछि देखिने केही लक्षण

- जिउ गल्ने र जाँगर नहुने
- कुनै कुरामा ध्यान एकत्रित गर्न नसक्ने
- मन वा मुड खराब हुने वा ठिक नहुने
- घर, स्कुल वा अफिसमा काम राम्रो गर्न नसक्ने

यदि तपाईंलाई निदाउन वा एक पटक निदाएर जागेपछि फेरि निदाउन नसक्ने समस्या छ वा बिहान धेरै छिटो निद्रा खुल्छ र बिहान उठेपछि शरीरमा तागत वा स्फुर्तिको अनुभव हुँदैन, उल्टै थकान महसुस हुन्छ भने निद्राको कारण पनि हुनसक्छ।



यदि कुनै बाह्य कारणहरु जस्तैः बच्चाको स्याहार गर्ने, कामको प्रेसरले वा अरु कुनै कारणले राति सुत्न नपाउनेहरु दिउँसो केही बेर सुत्नु राम्रो मानिन्छ। तर राति निद्रा नलाग्नेहरु दिउँसो सुत्नुहुँदैन, किनकि निद्राको साइकल दिउँसो जाग्ने र राति सुत्ने क्रम झन् बिग्रन्छ ।

निद्राका फाइदा र कम सुत्दाका बेफाइदाहरु धेरै छन् । राम्रो निर्णय लिनका लागि निद्रा आवश्यक मानिन्छ। समस्या समाधान गर्न निद्रा आवश्यक छ। भनाइ पनि छ- समस्या समाधान भएन भने मज्जाले सुत्नुस् र जागेपछि समाधान गर्ने प्रयास गर्नुस् ।

निद्रा नलाग्ने समस्या छ, रोग छैन, के गर्ने ?

- निद्रा लाग्ने औषधिहरु धेरै छन् तर ती औषधिका साइड इफेक्ट छन् । बानी पार्ने खालका छन्, त्यसैले औषधि पहिलो प्राथमिकता भित्र पर्दैनन्। सकिन्छ भने औषधि नलिनु नै ठिक हो। त्यस्ता औषधिहरु अन्तिम उपाय मात्र हुन सक्छन् ।
- आजकल इन्सोमनियाको लागि सिबिटिआई अर्थात् कगनिटिब बिहेबियर थेरापी फर इन्सोमनिया विधि प्रचलित छ । मनोविद् वा क्लिनिकल साइकोलोजिस्टहरुले यो तरिका सिकाउनुहुने छ। त्यसपूर्व तल केही बुँदा दिइएका छन्, जुन निदाउनका लागि उपयोगी हुनेछन्ः
- निद्राको साइकल नबिग्रियोस् भनेर समयमा सुत्ने र समयमा उठ्ने गर्नुपर्छ ।
- सन्तुलित पोषणयुक्त आहार, शारीरिक व्यायाम र आफ्नो शरीरको स्याहार गरी निरोगी हुन आवश्यक छ।
- राति ओछ्यानमा सुत्न जाँदा दिनभरिका तनाव, चिन्ता र समस्यालाई लामोलामो श्वाससँगै फ्याँकेर तनावरहित भएर सुत्ने गर्नुस् ।
- स्लिप हाइजिनमा ध्यान दिनुस्। चुरोट नपिउने, कफी बेलुका ४ बजेपछि नपिउने, मद्यपान नपिउने।
- शरीरलाई रिल्याक्स गर्न र मनलाई शान्त पार्न ध्यान गर्ने विधि छन् । आँखा चिम्म गरेर आफूलाई आनन्द आएको घटना र दृश्य मनमा ल्याएर रमाउने कोशिस गर्नुस् वा शरीर र मन रिल्याक्स गर्ने तरिका सिक्नुस् र प्राक्टिस गर्नुस्।
- आफ्नो सुत्ने कोठा शान्त, अँध्यारो र अन्दाजी १८/१९ डिग्री सेन्टिग्रेड तापक्रम भए राम्रो। सुत्ने कोठामा मोबाइल, आवाज दिने घडी, टेलिभिजन वा कम्प्युटर स्क्रिन अन गरेर नराख्ने ।
- निद्रा आए पनि ठिक छ वा नआए पनि कुनै समस्या छैन भन्ने सोच राख्नुस् । जबरजस्ती निदाउँछु भन्दैमा निद्रा लाग्ने पनि त होइन ।
- यदि बडी मेडिटेसन सिक्नुभएको छ भने शिरदेखि पाउसम्म वा खुट्टाका औंलादेखि शिरसम्म विभिन्न अंगहरु रिल्याक्स गर्ने गर्नुस् ।
- दैनिक केही समय घाममा देखिनुस् ।
- बेलुका स्मार्ट फोन/कम्प्युटर सकभर नचलाउनुस्।

अन्त्यमा निद्रा आफ्नै शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्यका लागि आवश्यक छ। उत्पादनशीलता र रचनात्मक कामका लागि पनि निद्रा आवश्यक छ।

गहिरो निद्रा र सपना देखिने निद्रा दुवैको आफ्नै महत्व छ । निद्राले मस्तिष्क र शरीरलाई रिचार्ज गर्छ, स्मरण शक्तिलाई बलियो बनाउँछ। पढ्ने र सिक्ने क्षमतालाई बलियो पार्छ, अनेकौं रोगसँग लड्नसक्ने क्षमता बढाउँछ र सहज ज्ञान प्राप्त गर्न सहयोग गर्छ। निद्राले सात/आठ घन्टाको संसारिक क्रियाकलापबाट मुक्त गर्छ र सानो छुट्टी मनाए जस्तै मन नै आनन्दित भएको अनुभव गराउँछ। शरीरको सुन्दरता र चमकलाई पनि यसले कायम राख्छ ।

त्यसैले निद्रालाई सकेसम्म बढी प्राथमिकता दिनुस् । आनन्दले सुत्न चाहन्छु तर कसरी ? भन्नुहोला । स-साना बच्चाहरु सुतेको हेर्नुस्, बालबालिका सुतेको हेर्नुस्। निश्चिन्त भएर सुत्नुस्।

भन्ने गरिन्छ- तपाईं सात-आठ घन्टा मस्तसँग सुत्नु हुन्छ, दिसापिसाब सफा हुन्छ, काम गर्ने उत्साह हुन्छ, खाना मिठो हुन्छ। मन खुसी छ भने तपाईं स्वस्थ्य हुनुहुन्छ।

पूर्वीय दर्शनअनुसार काम, क्रोध, लोभ, मोह, मद, माद्सर्यले हामीलाई सताइरहेका हुन्छन् । भनिन्छ, हाम्रा विचारहरु मित्र पनि हुन सक्छन् र सत्रु पनि। आफूलाई दुःख दिने विचार त्याग्नुस्। ●

(डा उपाध्याय वरिष्ठ मनोचिकित्सक हुन्)

मुटुरोग

श्वासप्रश्वासका जीर्ण रोग

क्यान्सर

मधुमेह

अस्वस्थ खाना

अत्यधिक मद्यमान

शारीरिक निष्क्रियता

धूमपान सेवन

प्राणघातक नसर्ने रोग कसरी बच्ने ?

नेपालमा कुल मृत्युको ३० प्रतिशत मुटु तथा रक्त नलीका रोगबाट र ४ प्रतिशत मृत्यु मधुमेहका कारण हुनेगर्छ।



खिम लामिछाने काजी

साधारणतयाः भाइरस, ब्याक्टेरिया, फङ्गस, प्रोटोजोवा लगायत जिवाणु तथा किटाणुहरुको संक्रमणद्वारा एक व्यक्तिबाट अर्को व्यक्तिमा सर्ने रोगलाई सरुवा रोग भनिन्छ। एक व्यक्तिबाट अर्को व्यक्तिमा कुनै पनि जिवाणु तथा किटाणुको माध्यमबाट नसर्ने तर विभिन्न जोखिम तत्वहरु (जीवनशैली, रहनसहन, खानपिन) आदिले उत्पन्न हुने रोगलाई नसर्ने रोग भनेर परिभाषित गरिएको छ।

समाजमा नसर्ने रोगका बिरामी धेरै भए तापनि कमै मात्रले रोग पत्ता लगाएर उपचार गराइरहेको पाइन्छ। जनचेतनाको अभाव तथा कतिपय अवस्थामा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच नपुग्दा नसर्ने रोग लागेकोसमेत थाहा नपाई अकालमा ज्यान गुमाउनु परेको छ। नसर्ने रोगले विस्तारै असरहरु देखाउने हुँदा सानोतिनो लक्षणलाई बेवास्ता गर्दै जाँदा अन्त्यमा रोगले एकै पटक ज्यान लिने गरेको देखिन्छ।

नसर्ने रोगहरु पार्किन्सन्न, उच्च रक्तचाप, दीर्घकालीन मिर्गौलासम्बन्धी रोग, हाडसम्बन्धी रोग (ओस्टियो अर्थराइटिस, ओस्टियो पोरोसिस, अल्जाइमर्स), आँखासम्बधी रोग (मोतीविन्दु, जलविन्दु), विभिन्न मानसिक रोगहरु। तर मुख्यगरी नसर्ने रोगमध्ये मुटुसम्बधी रोग, श्वासप्रश्वाससम्बन्धी रोग, हृदयघात, मष्तिस्कघात, मधुमेह (चिनी रोग), दम, सिओपीडी र क्यान्सरलाई खतराजन्य नसर्ने रोगको रुपमा राखिएको छ।

नेपालमा नसर्ने रोगहरु पहिलेको तुलनामा अहिले दिन प्रतिदिन बढिरहेको छ। यसको जोखिम तथा प्रकोप दक्षिणपूर्व एसिया तथा गरिब मुलुकहरुमा बढ्दो दरमा रहेको पाइन्छ। नसर्ने रोग सुरुमै पत्ता लगाउन सकियो भने व्यवस्थापन तथा उपचारपश्चात् अकालमा ज्यान गुम्नबाट बच्न सक्छ। विश्व स्वास्थ्य संगठनका अनुसार ८० प्रतिशत नसर्ने रोग धूमपान-मद्यपान गर्ने, अस्वस्थ्यकर खाना खाने र नियमित शारीरिक व्यायाम नगर्ने कारणले लाग्छ।

नेपालमा कुल जनसंख्याको ३१ प्रतिशत व्यक्तिहरु सूर्तिजन्य पदार्थ सेवन गर्छन् भने एक तिहाइभन्दा बढी ३६.१ प्रतिशत व्यक्ति दोस्रो दर्जाको धूमपान (प्यासिब स्मोकिङ) बाट पीडित छन्। चुरोट नपिउने तर चुरोट पिइरहेको व्यक्तिको नजिकै बसेर धुवाँको सम्पर्कमा हुनुलाई दोस्रो दर्जाको धूमपान अर्थात् प्यासिब स्मोकिङ भनिन्छ।

समाजमा नसर्ने रोगका जोखिमहरुलाई विज्ञापन नै गरेर सर्वसाधारणलाई लक्षित गरी प्रचारप्रसार गरिएको पाइन्छ। जस्तैः पेय पदार्थ, जंक फुड, फास्ट फुड, अखाद्य वस्तु मिसावट गरिएका खानेकुरा, धूमपान, मद्यपान आदि। तर यसको विपरीत नसर्ने रोगको उपचार र रोकथामको लागि

भने राज्य तथा समाजले त्यति ध्यान दिएको पाईंदैन । जनचेतनाको कमी तथा प्रभाकारितामा कमी आएर होला धूमपान तथा मद्यपान गर्नु हुँदैन भन्ने थाहा हुँदाहुँदै पनि प्रयोग गर्नेहरुको संख्या उच्च छ ।

राज्यले रोगबारे जनचेतना जगाउने कार्यमा र रोकथामको लागि गरिने कार्यमा गरेको लगानी तथा खर्च हेर्दा, तत्काल खर्च देखिने भए तापनि कालान्तरमा त्यो अनावश्यक खर्च भएको हुँदैन । जनचेतना र रोकथामका उपायहरुबाट रोगीको संख्यामा कमी आउँछ । बिरामीको उपचारमा गरिने खर्च कम हुँदै जान्छ ।

नेपालमा कुल मृत्युको कारणमध्ये ३० प्रतिशत मृत्यु मुटु तथा रक्त नलीका रोगबाट हुनेगर्छ । स्टेप सर्वेअनुसार २१ प्रतिशत महिला र ३१ प्रतिशत पुरुषमा उच्च रक्तचाप पाइएको थियो । त्यसैगरी नेपालमा कुल मृत्युको ४ प्रतिशत मृत्यु मधुमेह रोगका कारणले हुनेगर्छ ।

सन् २००३ देखि २०१२ सम्मको तथ्यांक हेर्दा फोक्सोसँगसम्बन्धी क्यान्सर १४.५ प्रतिशत, पाठेघरको मुखमा हुने क्यान्सर १२.२ प्रतिशत र स्तन क्यान्सर ८.४ प्रतिशत रहेको पाइएको थियो । नेपालमा कुल मृत्युको १० प्रतिशत मृत्यु दीर्घकालीन श्वासप्रश्वाससम्बन्धी रोग सिओपीडीको कारणले हुनेगर्छ । एनसिडी २०१८ का अनुसार हरेक वर्ष संसारभर ७१ प्रतिशत मृत्यु नसर्ने रोगबाट हुने गर्छ । विकासोन्मुख देशका ३० देखि ६९ वर्ष उमेर समूहका ८५ प्रतिशत व्यक्ति नसर्ने रोगको कारणले मर्छन् ।

सामान्यतयाः हाम्रो समाजमा रोग लाग्नुअघि रोकथामका उपाय अवलम्बन नै गरिँदैन । जब उच्च रक्तचाप, मुटु रोग, मधुमेह जस्ता रोगले गाल्न थाल्छन्, बल्ल घैंटामा घाम लागेभैं गरी रोग निर्मूल पार्न उपायहरु खोज्दै हिँड्ने चलन छ । यसो गर्दा क्यान्सर जस्तो नसर्ने रोगमा त धेरै नै ढिला भइसकेको हुन्छ । अझ चुरोट र मदिरा सेवन गर्नेहरु त धूमपान तथा मद्यपान त्याग्न सल्लाह दिँदासमेत रिसाउँछन् । यो हाम्रो समाज स्वास्थ्यप्रति कति सचेत छ भन्ने यथार्थ चित्रण हो । हामी सबैले बुझ्नुपर्ने सरल तर जटिल विषय पनि हो यो ।

साथीहरुको देखासिकी गरेर आज स्कुले विद्यार्थीहरु चुरोट तथा खैनीको कुलतमा फस्दै छन् । स्कुल, कलेज नजिकका चिया पसलहरुमा गएर नियाल्ने हो भने विद्यार्थीहरु चुरोट सल्काएर गफिइरहेको देख्न सकिन्छ । आफ्नो जीवनलाई धुवाँमा उडाइरहेको देख्न सकिन्छ ।

संयुक्त राष्ट्र संघले दिएको सन् २०३० सम्म हासिल गर्नुपर्ने दिगो विकासका लक्ष्यहरुमध्ये नसर्ने रोगहरुको रोकथाम तथा नियन्त्रण एक प्रमुख लक्ष्य हो । नसर्ने रोगको उपचार तथा रोकथाममा विश्वका मध्यम तथा गरिब राष्ट्रहरुले करिब ५ सय बिलियन अमेरिकी डलरभन्दा बढी रकम खर्च गर्ने गरेको पाइन्छ । तर यी राष्ट्रहरुले बेस्ट बाइज अवधारणा अवलम्बन गरेमा त्यति धेरै रकम खर्चिनुपर्ने देखिँदैन भन्ने विश्व स्वास्थ्य संगठनको मान्यता रहेको छ । बेस्ट बाइज भन्नाले मद्यपान तथा धूमपान जस्ता पदार्थमा कर बढाउनु, जनचेतना बढाउनु, नसर्ने रोगको समय मै निदान तथा उपचार गर्नु/गराउनु भन्ने बुझिन्छ । जस्तैः सरकारले हरेक १ खिल्ली



अम्मलीहरुले चिया पसल तथा चोक-चौतारामा बसेर चुरोट तानिरहेका हुन्छन् । यसले गर्दा चुरोट नपिउनेहरुले पनि नजानिँदो ढंगले धूमपान गरिरहेका हुन्छन्, जुन ज्यादै हानिकारक मानिन्छ । प्यासिब स्मोकिङको बारेमा सर्वसाधारण जनतालाई राम्रोसँग बुझाउन गाउँ-सहर सबैतिर जनचेतनामूलक कार्यक्रम गर्न जरुरी छ ।



चुरोट वा एक प्याकेट सूर्तिजन्य पदार्थको मूल्यबाट केही प्रतिशत रकम छुट्याएर नसर्ने रोगको उपचार तथा रोकथाम, व्यवस्थापन र जनचेतना अभिवृद्धि गर्नमा जम्मा गर्दै लैजानुपर्छ ।

अम्मलीहरुले चिया पसल तथा चोक-चौतारामा बसेर चुरोट तानिरहेका हुन्छन् । यसले गर्दा चुरोट नपिउनेहरुले पनि नजानिँदो ढंगले धूमपान गरिरहेका हुन्छन्, जुन ज्यादै हानिकारक मानिन्छ । प्यासिब स्मोकिङको बारेमा सर्वसाधारण जनतालाई राम्रोसँग बुझाउन गाउँ-सहर सबैतिर जनचेतनामूलक कार्यक्रम गर्न जरुरी छ । एक हातले चुरोट तान्दै काखमा सानो बच्चा च्यापेर स्तनपान गराइरहेको दृश्य पनि यदाकदा देख्ने गरिन्छ । सानासाना अबोध बालबालिका आमाको गरेको धूमपानका कारण प्यासिब स्मोकिङको असरबाट रोगी हुँदै गइरहेको अवस्था छ ।

नसर्ने रोगको बढ्दो दरलाई नियन्त्रण गर्न तथा कमी ल्याउन सार्वजनिक स्थलहरुमा मद्यपान, धूमपान तथा सूर्तिजन्य पदार्थ बेचबिखनमा बन्देज लगाइनुपर्छ । यस्ता वस्तुहरुको विज्ञापन तथा प्रवर्द्धनमा नियन्त्रन गरिनुपर्छ । सरकारले जनचेतना फैलाउने काममा गरेको लगानी, खुला ठाउँमा निःशुल्क शारीरिक व्यायामशाला खोल्न गरेको लगानीले पछि औषधि उपचारमा गरिने लगानीमा कमी ल्याउँछ ।

जनताको स्वास्थ्यमा सुधार हुनु भनेको देशको प्रगति हुनु हो । यसरी सरकार, गैरसरकारी संघ-सस्थाहरुले कुनै पनि रोगको रोकथाम र जनचेतना अभिवृद्धिमा विभिन्न कार्यक्रम गरिनुपर्छ । रोग लागेर अस्पातलमा उपचार गर्नुभन्दा रोग नै लाग्न नदिनु बुद्धिमानी हुनेछ ।

व्यस्त जीवनका कारण दैनिक गर्नुपर्ने शारीरिक व्यायाम-कसरत नगर्ने, सागसब्जी, फलफूल, तरकारी सेवन कम गर्ने, फास्ट फुड र विषादी प्रयोग गरेर फलाइएको तरकारी, नुनको बढी प्रयोग गर्ने गरिएको हुँदा आजकाल नसर्ने रोग बढिरहेको छ । त्यसैगरी मोटोपना घटाउन प्रयास नगर्ने, बियर, वाइन जस्ता मद्यपानको बढी प्रयोग गर्ने, प्रदूषित वातावरणमा हिँडडुल गर्दा मास्कको प्रयोग नगर्ने, यातायात, औद्योगिक उत्सर्जनको धुवाँ-धुलोको करणले हुने वायु प्रदूषणको उचित व्यवस्थापन नहुनु जस्ता करणले गर्दा पनि नसर्ने रोगको प्रकोप बढ्दो दरमा छ ।

नसर्ने रोगबाट कसरी बच्ने?

- स्वस्थ्य खाना खाने
- खानामा नुन र चिनी कम गर्ने
- मैदाबाट बनेका परिकार कम खाने वा नखाने
- बच्चा जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान अनिवार्य गराउने
- नियमित रुपमा शारीरिक व्यायम, कसरत गर्ने
- क्यान्सर रोकथामको लागि ९ वर्षदेखि १३ वर्ष उमेर समूहका बालिकालाई ह्युम्यान पापिल्लोमा भाइरसको ३ मात्रा खोप लगाउने
- ३० देखि ४९ वर्ष उमेर समूहका महिलाले पाठेघरको मुखको जाँच गराउने
- ४० वर्ष नाघेका महिलाले स्तनको जाँच मेमोग्राफी गर्ने
- कलेजोको क्यान्सर रोकथामको लागि हेपाटाइसिस बीको खोप लगाउने । ●

‘डे सर्जरी’ का अभियन्ता

डा उदय कोइरालाले चलाएको ‘डे सर्जरी’ अभियानमा बिहान अप्रेसन गर्ने, बेलुकीदेखि खाना खुवाउन सुरु गर्ने र अर्को दिनबाट हिँडडुलका लागि प्रोत्साहन गर्दै बिरामी डिस्चार्ज गर्ने गरिन्छ।



■ डिबी खड्का/काठमाडौं

‘जति धेरै दिन अस्पताल बस्न सकियो, त्यति चाँडो अप्रेसन गरिएको घाउ बिसेक हुन्छ,’ आम बुझाइ हो यो ।

तर, तथ्य योभन्दा फरक छ। इलेक्टिभ (समय तोकेर गरिने, जसको मेडिकल इमर्जेन्सी हुँदैन) सर्जरीमा बिरामीलाई जति चाँडो घर फर्काउन सक्यो, त्यति चाँडो निको हुने सम्भावना रहन्छ । त्यसैले यसरी अप्रेसन गरिएको ८० प्रतिशत बिरामी २४ घन्टाभित्र घर पठाइसक्छन् डाक्टरहरु ।

विश्वमा लोकप्रिय भइरहेको उपचारको यो उपायलाई दक्षिण एसियाली मुलुकले आत्मसात गरिरहेका छैनन् । नेपालमा त धेरैले यसबारे थाहै पाएका छैनन् । चिकित्सा जगतले नै यसलाई अभियानका रुपमा आत्मसात नगरेपछि आमजनले थाहा पाउने कुरै रहेन। तीमध्ये जनरल सर्जन डा उदय कोइराला त्यस्ता व्यक्ति हुन्, जसले ११ वर्षदेखि नेपालमा यही अभियान चलाइरहेका छन् । यो अभियानमा उनलाई डा दीपकराज सिंहले प्रोत्साहन गरिरहेका छन् ।

‘डे सर्जरी’ पनि भनिने यो अभियानमा बिहान अप्रेसन गर्ने, बेलुकीदेखि खाना खुवाउन सुरु गर्ने र अर्को दिनबाट हिँडडुलका लागि प्रोत्साहन गर्दै डिस्चार्ज गर्ने गरिन्छ । यसो गर्नुका अनेक लाभ रहेको विभिन्न अध्ययनले देखाइसकेको डा कोइराला बताउँछन् । तीमध्ये मुख्य लाभ त बिरामी अस्पतालजन्य संक्रमणको शिकार हुनबाट जोगिने भयो ।

अप्रेसन गरेको ४८ घन्टा नाघ्नेवित्तिकै अस्पतालजन्य संक्रमणको जोखिम उच्च रहने अध्ययनका निष्कर्ष छन्। चाँडो घर पठाउने भएपछि बिरामी केन्द्रित सेवा हुन्छ। चाँडो खाना खुवाउने, चाँडो हिँडडुल गर्न लगाउने गरिन्छ। डा कोइराला भन्छन्, ‘चाँडो हिँडडुल गराउँदा घाउमा समस्या आउने परम्परागत मान्यता थियो। तर अहिले जति चाँडो हिँडडुल गराउन सक्यो, त्यति चाँडो निको हुने देखिएको छ।’

सबैभन्दा ठूलो कुरा त अस्पताल बसाइका





क्रममा अनावश्यक खर्च हुने पैसा र समय जोगिने भयो। 'नेपालमा त एक जनालाई कुर्न १० जना हुन्छन्। अफिसले जति पनि बिदा दिइहाल्छ। त्यसैले समयको हिसाबकिताब नगर्दा पनि पैसा जोगिन्छ,' डा कोइराला ठट्टा गर्छन्।

डा कोइराला मोडेल अस्पताल काठमाडौं र बुद्ध मिनिमल एक्सेस इन्टरभेन्सन (बुद्ध माई) सेन्टरसँग आवद्ध छन्। सर्जरी गरेर चाँडै घर पठाउने अवधारणा बुद्ध माई सेन्टरबाट अभ्यास गरिरहेका छन्। यसले एकातिर उक्त अवधारणा सही रहेको तथ्य पेस गरिरहेको छ भने अर्कातिर बिरामीको मन जित्दै गइरहेको छ। पित्तथैलीको पत्थरी, हर्निया जस्ता सर्जरीमा यो अवधारणाको उपयोग अरु चिकित्सक र अस्पतालले समेत गरिरहेका छन्। तर बुद्ध माईले मेडिकल इमर्जेन्सी नभएका अन्य सर्जरी सेवासमेत यही अवधारणाबाट दिइरहेको छ। बेलायतले यसको अभ्यास एक सय वर्षअघि नै गरेको थियो।

बच्चाहरु अस्पताल बस्न नरुचाउने भएकाले उनीहरुलाई सकेसम्म चाँडो घर पठाउन खोजिएको विकल्पमा चिकित्सकले यो उपाय पहिल्याएका हुन्। डा कोइराला भन्छन्, 'बिहानै सर्जरी गर्ने र बेलुकी घर पठाउने (डाउन टु डस्ट) अवधारणा ल्याइएको हो। पछि अमेरिकामा एक रात भर्ना गरेर २४ घन्टामा घर पठाउने गरी परिमार्जन गरियो।'

चिकित्सकमा बढेको क्षमता, औषधि र प्रविधिमा भइरहेको विकासले अहिले यसलाई झन् सम्भव बनाएको डा कोइराला बताउँछन्। अप्रेसनमा यही अवधारणा अपनाउन पाए सरकारी अस्पतालमा अप्रेसन गराउन लागिरहेको ६ महिनादेखि डेढ वर्षसम्मको लाइन घटाउन सकिने उनको अनुमान छ। उनका अनुसार बिरामीका लागि पनि यो अवधारणा लाभदायी छ। किनभने चाँडै घर पठाउनुपर्ने भएकाले २४ घन्टा बिरामी केन्द्रित उपचार हुन्छ। जोखिम धेरै भएको समयमा चिकित्सकीय निगरानी पनि धेरै रहनु बिरामीका लागि फाइदाजनक कुरा हो।

तर, बिरामीलाई बुझाउन डा कोइराला लगायतलाई अझै मुस्किल परिरहेको छ। उनी भन्छन्, 'जति धेरै अस्पताल बस्यो, त्यति चाँडो निको हुने मान्यता बिरामीमा छ। यो तोड्न सजिलो छैन। अरु कुरामा पश्चिमाहरुको सिको गरे पनि उपचारमा दक्षिण (भारत) को सिको गर्ने प्रचलन छ। त्यसैले भारतमा यो सफल भयो भने नेपालीले विश्वास गर्छन्।'

उपचारमा 'आउट अफ पकेट मोडेल (खल्तीबाट तिर्ने)' अपनाइरहेको ठाउँमा यसलाई चाँडै लागू गर्न भने सहज देख्दैनन्। भन्छन्, 'कसैले उपचारको प्रक्रियामा निगरानी गर्ने उपचार प्रणाली हुन्थ्यो भने यति धेरै दिन बिरामी किन अस्पतालमै राखेको भनेर केरकार हुन्थ्यो। स्वास्थ्यका कुरामा व्यक्ति वा एक परिवारले अलिकति पनि 'विद्रोह' गर्न सक्दैन।'

दूरदराजसम्म सर्जनको पहुँचमा नभएको नेपालमा सामान्य सर्जरीका लागि पनि काठमाडौं धाउनुपर्ने हुन्छ। काठमाडौं धाउनुपर्दाका 'साइड इफेक्ट' अनेक छन्। डा कोइराला एउटा उदाहरण प्रस्तुत गर्छन्, 'एउटा सुदूरपश्चिमको बिरामी इलेक्टिभ सर्जरीका लागि काठमाडौं आउँछ। उसले ६ महिनापछिको समय पाउँछ। फर्किन्छ र फेरि आउँछ। लामो समय अस्पताल बस्छ। एक्लै बस्ने होइन, परिवारका सदस्य पनि बस्नुपर्छ। यसको आर्थिक-सामाजिक असर कस्तो परिरहेको छ ?' निकै सस्तो र सजिलै हुने सर्जरीमा दूरदराजका नेपालीले झेलिरहेको सकसप्रति उनी सचेत छन्। त्यसैले उनी यो अवधारणाको सर्जरीको वकालत गरिरहेका छन्।

यो अवधारणाले काठमाडौंमै कार्यरत सर्जनलाई दूरदराजमा पुऱ्याउने उनीसँग योजना छ। नेपाली कांग्रेसका युवा नेता गगन थापा स्वास्थ्यमन्त्री हुँदा उनले राज्यलाई यो अवधारणाको नापनक्सा दिएका हुन्। तर उनले कार्यान्वयनतर्फ लैजान पाएनन्। उनको योजनाको सार यस्तो छ- जिल्लामा रहेको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रलाई 'डे सर्जरी सेन्टर'मा बदल्ने। अर्थात् केही लगानी थप गरेर उनीहरुलाई सर्जरीका लागि योग्य बनाउने। काठमाडौंलगायत देशका ठूला सहरमा काम गरिरहेका सर्जनहरुको समूह बनाउने। उनीहरुलाई ६ महिनाको एक पल्ट उक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा पठाएर सर्जरी गराउने। सर्जरी गरेपछि ती डाक्टरहरुले २४ घन्टामा डिस्चार्ज गरेर काठमाडौं फर्किन्छन्। फलोअप स्थानीय डाक्टरले गर्छन्। केही जटिलता आइलाग्दा टेलिमेडिसिन विकल्पका रुपमा छँदै छ।'

टेलिमेडिसिन भन्नेवित्तिकै आधुनिक सञ्चार प्रविधिका माध्यमबाट दूरदराजका चिकित्सकीय जटिलता हल गर्न सघाउने बुझिन्छ। पेसाभन्दा माथि उठेर सेवा गरिरहेका चिकित्सकहरु टेलिमेडिसिनमा सक्रिय छन्। डा कोइराला काठमाडौं मोडेल अस्पतालमा सन् २००८ मा सुरु भएदेखि नै यो सेवामा सक्रिय छन्। म्यागासेसे पुरस्कार विजेता सफ्टवेयर इन्जिनियर महावीर पुनले गाउँ-गाउँमा इन्टरनेट पुऱ्याएपछि डा कोइरालाका गुरुसमेत रहेका मोडेल अस्पतालकै सेवी डाक्टर सरोज धितालले टेलिमेडिसिनका माध्यमबाट गाउँका बिरामीलाई सेवा दिने लक्ष्य लिए। अहिले मोडेल अस्पताल अन्तर्गतका डाक्टरले ३१ वटा दूरदराजका स्वास्थ्य संस्थामार्फत यो सेवा दिइरहेका छन्। डा कोइरालाको सुरुदेखि नै सक्रिय सहभागिता छ। उनी भन्छन्, 'अन्य चिकित्सकीय जानकारी साथै अप्रेसन थिएटरमा समस्या पर्दा भिडियो हेरेर परामर्श दिने कामसम्म भएको छ।' यो कर्मले धेरै बिरामीको ज्यान जोगिएको छ भने धेरै बिरामीको काठमाडौं आउनुपर्ने खर्च जोगिएको छ।

यी दुई कर्मबाहेक उनको अर्को कुराको पनि चिन्ता छ। स्वास्थ्य सेवा महँगो हुँदैगएको जोकोहीलाई अनुभूत भइरहेको छ। सर्जरी सेवा त झन् दिन प्रतिदिन महँगिइरहेको छ। 'यसलाई कसरी सस्तो बनाउन सकिन्छ ?,' उनी घोत्लिरहन्छन्। किनभने नेपालीको आयस्रोतका कारण हरेक सेवा 'देश सुहाउँदो' बनाउन जरुरी हुन्छ। सर्जरी सेवा केले महँगो बनाइरहेको छ ? उनको उत्तर छ, 'उपकरणले। चिकित्सकले त आफ्नो पारिश्रमिक त्यति बढाएका छैनन्।' सोच्नुपर्ने यहीँनेर देख्छन्- उपचारका लागि उपकरणको महत्व छ तर मानवीय सिपज्ञान त्योभन्दा महत्वपूर्ण हुन्छ। त्यसैले बजारमा महँगो आयो भनेर त्यतैतिर हामफाल्नेभन्दा पनि चलाइरहेकै उपकरणबाट गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सम्झौता नगर्ने गरी काम चलेको छ कि छैन ? उनले एउटा उदाहरण दिए, 'कुनैबेला तीन सयको हेलोजिन लाइटले काम चल्थ्यो। अहिले एउटै चिम डेढ लाख पर्ने आएको छ। यहीँनेर हामीले सोच्नुपर्छ।' उनी बिरामीको स्वास्थ्यमा होइन, महँगो बनाउने प्रणालीमा सम्झौता गर्नुपर्ने धारणा राख्छन्।

चिकित्सा विज्ञान राष्ट्रिय प्रतिष्ठानका सर्जरी विभागका सहप्राध्यापकसमेत छन् उनी। नेपाल सरकारको छात्रवृत्तिमा चीनको बेइजिङ मेडिकल युनिभर्सिटीबाट एमबिबिएसदेखि एमएससम्म सकेर सन् २००२ मा नेपाल फर्केका हुन्। भक्तपुर अस्पतालबाट उपचार सेवा दिन सुरु गरेका उनले पाटन अस्पताल, ओखलढुंगा र पाल्पा पुगेरसमेत सेवा दिएका छन्। काठमाडौं चाबहिलका स्थायी बासिन्दा उनले अमर आदर्शमा निम्न माध्यमिक तह र हिमालय स्कुलबाट एसएलसी गरेपछि आइएससी सेन्ट जेभिएर कलेजबाट गरेका हुन्। ●



तस्बिर : सौरभ राणाभाट

बेदाग बिन्दास

केमो लिइरहेका डा ध्रुवप्रसाद सिंह क्यान्सरले दिने शारीरिक-मानसिक पीडालाई मनभित्रै दबाएर मुस्कुराइरहेका छन्। शब्दमा त्यही मुस्कानको लेप लगाएर लेखिदिए- धन्यवाद पशुपतिनाथ, क्यान्सर बिरामीको मर्का बुझ्ने मौका दिएकोमा।



■ डिबी खड्का/काठमाडौं

'धन्यवाद पशुपतिनाथ, मलाई क्यान्सर भएका बिरामीको मर्का बुझ्ने मौका दियौ,' जीवनको ४० वर्षभन्दा बढी समय बिरामीकै पीरमर्का बुझेर बिताएका डा ध्रुवप्रसाद सिंहले एकदिन फेसबुकमा यस्तो लेखे । जसको अर्थ सोझो र सरल थिएन ।

चिकित्सकीय जीवनको पूर्वार्द्धमा उपत्यका बाहिरका विभिन्न जिल्ला र उत्तरार्द्धका १४ वर्ष वीर अस्पतालको इमर्जेन्सीमा बिताएका उनी 'टायर्ड' नभएरै 'रिटायर्ड' भएका हुन् । उमेरले ६९ वर्षको बर्खा झेलिरहेका उनमा जोश-जाँगरमा पटक्कै कमी आएको थिएन ।

केही महिनाअघि आफ्नो प्रिय सवारीसाधन मोटरसाइकलमा यात्रा गर्दैगर्दा एक्कासि शरीरका केही हड्डीमा पीडा महसुस गरे उनले । एक्स-रेले देखायो- हड्डी त आफैं भाँचिएछन् । उमेरको उकालो उक्लिरहेका सिंहले 'अस्टोयोपोरोसिस' (हड्डी कमजोर बनाउने रोग) भएको ठानेर ६ महिना उपचार गरे । तर आफूलाई यही रोग भएकोमा विश्वस्त भने हुन सकेनन् । उनलाई क्यान्सरका कारण पनि यस्तो समस्या आउनसक्ने ज्ञान थियो । भारत पुगेर चेकजाँच गराउने क्रममा पत्ता लाग्यो, मल्टिपल माइलोमा (क्यान्सर) भएको रहेछ ।

अहिले केमो लिइरहेका छन् । तर क्यान्सरले दिने शारीरिक-मानसिक पीडालाई मनभित्रै दबाएर मुस्कुराइरहेका छन् उसैगरी । उनलाई नजिकबाट चिन्नेले महसुस गरेका छन्, डा सिंहको अबोध





पहाडको गरिबीमा रमाइरहेका केही पात्रहरुबाट डा सिंह प्रभावित भए, जसले जीवनको शब्दकोषबाट लालच भन्ने शब्द हटाउन प्रेरित गर्‍यो । त्यसैले सेतो कोटवाला जीवन बेदाग राखेर अवकाश प्राप्त गरे उनले ।

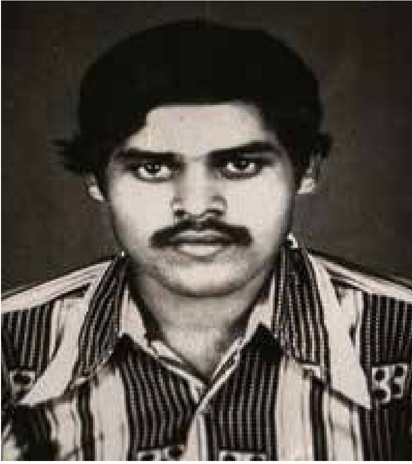
लाग्ने मुस्कान । शब्दमा त्यही मुस्कानको लेप लगाएर लेखिदिए- धन्यवाद पशुपतिनाथ, क्यान्सर बिरामीको मर्का बुझ्ने मौका दिएकोमा ।

नेपालमा क्यान्सरका बिरामी कति मर्कामा छन् ? कति पीडा भोगिरहेका छन् ? औषधिमा कालाबजारीको कति महँगो मूल्य चुकाइरहेका छन् ? यसबाहेक केही खराब आचरणका डाक्टरले गर्ने 'अनइथिकल अभ्यास' को शिकार कसरी भइरहेका छन् ? डा सिंहले भोगे । त्यसैले यस्तो लेखे । त्यो लेखाइ क्यान्सरको उपचारमा सक्रिय केही नेपाली डाक्टरका लागि घुमाउरो व्यंग्य पनि थियो । बुझ्नेले बुझे होलान् !

क्यान्सर भएपछिका आफ्ना भोगाइ थोरै बताएपछि उनी जीवनको अतितमा विचरण गरे ।

सप्तरीको दक्षिणी भागमा अवस्थित बनेनियामा जन्मिएका डा. सिंहको बसोबास अहिले ललितपुरको हात्तिबनमा छ । २००७ सालतिरै बनेनिया नेपालकै शिक्षित ठाउँमध्ये गनिन्थ्यो । डा सिंहका अनुसार त्यो समयमै उनको गाउँमा डिग्रीधारी चार जना थिए । त्यो गाउँका शिक्षितमध्ये तेस्रो पुस्ताका हुन् उनी । बोर्डर नजिकैको गाउँ भएकाले भारतका 'म्याट्रिक्स' फेलहरु उनको गाउँमा पढाउन आउँथे । प्रारम्भिक शिक्षा सबैको उनीहरुबाटै सुरु हुन्थ्यो । सिंह पनि महिनामा ८/१० माना चामल र दुई/चार रुपैयाँ शुल्क तिर्नेगरी ती शिक्षकका चेला बने ।

प्रारम्भिक शिक्षा यसरी हासिल गरेपछि बाँकी शिक्षा उनले बोर्डरमै रहेको एक विद्यालयमा गरे । कक्षा ८ देखि आइएससी भारतको मुजफ्फरपुर पुगेर गरे । आइएससी सकिएपछि चिकित्सा र इञ्जिनियरिङका लागि तत्कालीन श्री ५ को सरकारले छात्रवृत्ति दिन्थ्यो । छात्रवृत्तिका लागि हुने परीक्षा दिन उनी काठमाडौं आए । उनको ब्याचमा तेस्रो नम्बरमा नाम निस्क्यो । चिकित्सा पढ्ने चाहना व्यक्त गरेका उनलाई भारतको तत्कालीन भागलपुर





मेडिकल कलेजमा पढ्न पठाइयो। ६ वर्षे कोर्सका लागि पठाइएका उनी जयप्रकाश आन्दोलनको मारमा परेर ७ वर्षमा मात्रै पासआउट हुन सके।

एमबिबिएस पास गरेर स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमा आइपुगे। मन्त्रालयले उनलाई त्यो समय दुर्गम क्षेत्रकै वर्गीकरणमा रहेको दोलखामा पठायो। २०३८ सालमा ८ सय रुपैयाँ तलब पाउनेगरी त्यहाँ पुगेका थिए। साढे ४ वर्ष दोलखा बसे। मधेशको दक्षिणी भेगमा जन्मेहुर्केका उनले पहाडको माथिल्लो भू-भागबाट सेवा प्रारम्भ गर्दाका दुःख त थिए। तर जहाँ पुगे पनि चाँडै घुलमिल हुने स्वभावले उनलाई दोलखाबासी जस्तै बनायो। एउटा डाक्टर आफ्नै सेवामा खटेको दोलाखालीहरुले महसुस गरेका थिए। उनीहरुले प्रेम दिए। हिँडेरै डाँडाकाँडा चहार्नुपर्ने त्यो समयमा दोलखाको कुनै गाउँ छैन, जहाँ उनी नपुगेका हुन्। धेरै ठाउँमा उनी परिवार नियोजनको क्याम्प लिएर पुगेका थिए।

> डा सिंहले पैसाका लागि निजी चिकित्सकीय अभ्यासबाट आफूलाई सकेसम्म दूर राखे। जहाँ गर्नैपर्ने भयो, त्यहाँ पनि चिकित्सकीय जाँचको शुल्क न्युनतम राख्न सफल भए।

पहाडको कष्टकर र गरिबीमा रमाइरहेका केही पात्रहरुबाट डा सिंह प्रभावित भए, जसले जीवनको शब्दकोषबाट लालच भन्ने शब्द हटाउन प्रेरित गर्‍यो। त्यसैले सेतो कोटवाला जीवन बेदाग राखेर अवकाश प्राप्त गरे डा सिंहले।

पैसाका लागि निजी चिकित्सकीय अभ्यासबाट आफूलाई सकेसम्म दूर राखे। जहाँ गर्नैपर्ने भयो, त्यहाँ पनि चिकित्सकीय जाँचको शुल्क न्युनतम राख्न सफल भए। निजी चिकित्सकीय अभ्यासमा मरिहत्ते नगर्नुमा उनलाई एउटा आत्मज्ञानले सघाएको हो। त्यो थियो, 'निजीले सय रुपैयाँ चोर्न लगाउँछन्। त्यसमा ३० मात्रै डाक्टरलाई दिन्छन्। तर चोर सयकै बनाउँछन्।'

त्यसैले अस्पतालको कामबाट जोगिएको समय उनले बालाजी परोपकार समिति लगायतका कल्याणकारी ठाउँमा निःशुल्क सेवा दिएर सदुपयोग गरे। निजी अस्पतालमा काम गरिदिन गरिएका धेरै चिकित्सक मित्रकै आग्रह टारे।

दोलखामा उनलाई अस्थायी कोटामा पठाइएको थियो। उनले स्थायीका लागि त्यहींबाट काठमाडौं आएर पटक-पटक परीक्षा दिए। अन्तर्वार्ताका माध्यमबाट हुने परीक्षा आफूले राम्ररी दिएको ठान्थे उनी तर नाम कहिल्यै निस्केन। त्यसपछि उनका साथीहरुले दुर्गममा बसेर लोकसेवा पास हुन नसक्ने 'क्लु' दिए। सोर्सफोर्स चल्ने समयमा आफ्नै बलबुतामा पास हुने कोसिसमा लागेका सिंह चार वर्ष लगातार असफल भएपछि काठमाडौंकै अस्पताल आउने प्रयासमा लागे। लामो समय दुर्गममा सेवा दिएका कारण उनलाई टेकु अस्पताल भनिने हालको शुक्रराज ट्रोपिकल तथा सरुवा रोग अस्पतालमा सरुवा गरियो। त्यहीँ काम गरिरहेका डा गोविन्द केसीसँग उनको दोस्तीको सुरुवात भयो। अस्पतालमा बिरामीको उपचार गर्ने मात्रै होइन, बृक्षरोपण गर्नेसम्मका काम डा सिंह र डा केसीले गरे। जसका केही सम्झना तस्बिरमा समेत उतारेर राखेका छन् उनले।

काठमाडौं सरुवा भएपछि आफू लोकसेवामा लगातार असफल हुनुको कारण पत्ता लगाउन थाले। यस क्रममा उनका अग्रजहरुले लोकसेवा आयोगका अध्यक्षलाई भेट्न सुझाव दिए। आफूले राम्रै गर्दा पनि फेल हुनुको कारणबारे तत्कालीन राजभण्डारी थरका लोकसेवा आयोग अध्यक्षसँग उनले थुप्रै प्रश्न गरे। आक्रोश मिश्रित प्रश्नहरु उनले सुनिसकेपछि जवाफ दिएका थिए, 'हरेश नखानुहोस्, भइहाल्छ।'

उनी त्यहाँबाट निस्केर अस्पताल आउन नपाउँदै लोकसेवाले स्थायी डाक्टरका लागि विज्ञापन निकाल्यो। उनले फेरि लोकसेवा दिए। उनको क्रियाको प्रतिक्रिया थियो विज्ञापन। उनी पास नहुने कुरै भएन।

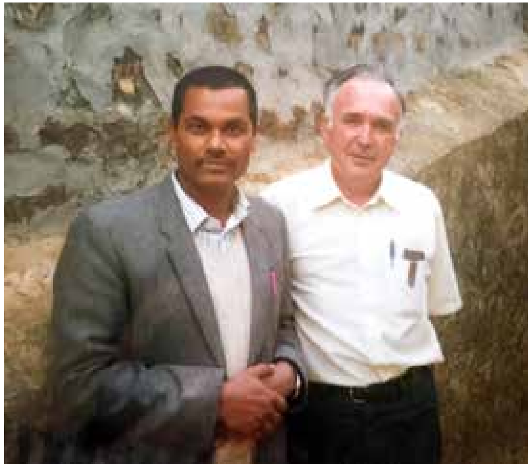
स्थायी भएपछि २०४५ सालसम्म उनले टेकु अस्पतालमै काम गरे। त्यसपछि सप्तरीको रंगेली अस्पताल पठाइयो। बर्खाको समय त्यहाँ पुगेका उनी सम्झिन्छन्, 'अस्पतालको छत पूरै चुहिने रहेछ। बिरामी कोही अस्पतालभित्र पस्नै नमान्ने रहेछन्।'

आफू गएको ठाउँमा उपचार सेवा नदिएर जागिर पकाउने मानसिकताका चिकित्सक भएका भए निजी क्लिनिक चलाउँथे। अस्पतालको त्यस्तै बिजोग हुन्थ्यो। उनले अस्पतालको सुधारको काम थाले। सबैभन्दा पहिले चुहिने छत टाल्न उनले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमा अनेक पत्र पठाए। सार्वजनिक निर्माण शाखालाई गुहारे। कुनै उपाय लागेन। त्यसपछि उनीसँग अर्को उपाय थियो, सार्वजनिक निर्माण शाखाका इञ्जिनियरलाई फकाउने। 'उनीहरुलाई साथी बनाएँ। एक महिनाको तलब उनीहरुको मेजमानीमा खर्च गरेँ। त्यसपछि उनीहरुले छतको ढलान गरेर अस्पताल बस्न योग्य बनाइदिए,' उनले सम्झिए।

डा सिंहले अस्पतालका लागि चाहिने सामग्रीसमेत आफ्नै पैसाले किने। यसरी त्यहाँको अस्पतालको स्तर उकास्दै थिए, एकजना उनकै साथी सरुवा भएर त्यहाँ आइपुगे। उनलाई भने उदयपुरको गाईघाट अस्पताल सरुवा गराएछन्। यस्तो अवस्थामा सरुवा हुँदा उनी चकित परे। तर पछि उनले थाहा पाए, मन्त्रालयका एक सहसचिवलाई ११ हजार रुपैयाँ दिएर उनी सरुवा भएर आएछन्। गाईघाट अस्पतालमा पनि हविगत उस्तै थियो। अस्पताल सुँगुरको अखडा भएको थियो। त्यसको सुधारका लागि योजना बनाउँदै थिए, उनी एमडिजिपी अध्ययनका लागि शिक्षण अस्पताल महाराजगञ्ज आए।

एमडिजिपी भइसकेपछि पनि सरकारले तोकेका ठाउँमा पुगेर उनी सेवा दिइरहेका थिए। यस क्रममा धनकुटा, सिरहा र राजविराज पुगेर चिकित्सकीय सेवा दिएका छन्। उपचार मात्रै होइन, उनले जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा पनि महत्वपूर्ण योगदान दिएका छन्। सिरहामा रहँदा उनले कालाजार नियन्त्रणमा अहं भूमिका निर्वाह गरेका थिए। सरकारको टाउको दुःखाइ बनेको सिरहाको कालाजार नियन्त्रणमा उनले अबलम्वन गरेको उक्त उपायको निकै तारिफ भएको थियो। एक पल्ट कालाजारबाट ग्रस्त ६८ जनालाई 'घरदैलोमै सेवा' दिएर उनले निको पारेको कुरा डब्लुएचओको समेत बहसको विषय बनेको थियो।

कालाजारको उपचार गरेपछि पनि निर्मूल हुन नसक्नुको उपाय खोजे उनले। पत्ता लगाए, 'कालाजारका लागि छर्किनुपर्ने किट छर्किने नै





रहेन छ । नेताहरुका वरिपरिकाले छर्किनका लागि औषधि र भत्ता बुझ्ने रहेछन् तर सबैतिर छर्किने रहेनछन् ।' उनले स्थानीय गाविस अध्यक्षलाई उक्त औषधि छर्किन चार जना नयाँ युवा तालिमका लागि पठाउन आग्रह गरे । उनीहरुलाई तालिम दिएर गाउँ-गाउँमा औषधि छर्केपछि सिरहाको कालाजारको महामारी नियन्त्रणमा आएको थियो । धोबियाघाटको मुसहर बस्तीमा बिरामीको उपचार गर्नुका साथै खानका लागि चामलसमेत जुटाएको सम्झना उनीसँग छ । ती सेवाको दिन सम्झेर उनी आनन्दको श्वास लिन्छन् ।

आफूलाई खटाइएको ठाउँमा सकेसम्म धेरै सेवा दिने प्रयास उनको रहन्थ्यो । तर जागिरे जीवनमा इमान्दारिता मात्रै सबथोक नहुने महसुस उनले पटक-पटक गरे । त्यसमध्ये एक पल्ट त कान्तिपुर पत्रिकाको एक पेजभरि राजिनामा लेखेर सरकारी सेवाबाट बिदा लिउँ जस्तो लागेको थियो । यसका लागि उनले आफूले चिनेका पत्रकारको सहयोग मागेका थिए । तर उक्त भावावेश सही नहुने सल्लाह निकटस्थहरुले दिएपछि रोकिए ।

उनी उपत्यका बाहिरै रमाइरहेका थिए । यता माओवादी आन्दोलन चर्किंदो थियो । उनले सिरहामा काम गर्दा चिकित्सकीय सेवा लिनेमा माओवादी नेताहरु पनि थिए । उनलाई नजिकबाट चिन्नेले त्यसो नगर्न सुझाउँथे । तर, उनले चिकित्सकीय धर्म निर्वाह गरिरहे । माओवादीलाई उपचार सेवा दिएको भन्दै सेनाले नेपालगञ्जका केही चिकित्सक पक्रेको खबर सुने उनले । त्यसपछि भने डराए । 'उपचार गर्दिनँ' भन्नुभन्दा त्यहाँबाट निस्किनु बेस ठानेर उनी काठमाडौं उपत्यका सरुवा भएर आए । दुई वर्ष उनले भक्तपुर अस्पतालमा काम गरे । त्यसपपछि उनलाई वीर अस्पताल सरुवा गरियो ।

वीर अस्पतालको पनि इमर्जेन्सी विभागको जिम्मा पाए । यसै पनि वीर अस्पतालको इमर्जेन्सी सजिलो ठाउँ होइन । सहरभरिका बेवारिसे बिरामी प्रहरीले त्यहीं छाडिदिन्छ । राजधानीको मध्यभागमा भएका कारण आपतकालीन अवस्था सम्झिइने अस्पताल नै वीर हो । पेसाको १४ वर्ष इमर्जेन्सीको प्रमुख भएर बिताए । यहाँ उनले बिरामी पक्षको झापडदेखि मन्त्रीको छड्केसम्म सहे । तर ती उनको गल्तीको परिणाम नभई सही गर्दागर्दैका सजाय थिए । उनलाई त्यो झापड सम्झना छ, 'एक एन्जाइटी न्युरोसिसका बिरामी थिए । यस्तो बिरामीलाई जति धेरै केयर गऱ्यो, त्यति समस्या हुन्छ । त्यसैले हामी आधारभूत उपचार गरेर केयर नगरेको जस्तो गरिदिन्छौं । तर, उसका आफन्तले आफ्नो बिरामीसँगै डाक्टर नबसेको भनेर गालामा झापड हान्यो ।'

एक पल्ट उनको भलो नचाहनेले षड्यन्त्र गरे । तत्कालीन स्वास्थ्यमन्त्रीसम्म पहुँच भएका उनले ड्युटीमा डा सिंहलाई नदेखेपछि स्वास्थ्यमन्त्री बोलाएका थिए । तत्कालीन माओवादीका तर्फबाट स्वास्थ्यमन्त्री बनेका उनले छड्के गरे । डा सिंह नभेटिएपछि स्पष्टीकरण सोध्ने निर्णय लिए । तर अवस्था कस्तो थियो भने मन्त्रीले छड्के आठ बजे गरे, डा सिंहको ड्युटी ९ बजेबाट आरम्भ हुन्थ्यो । नियतबस गरिएको छड्केले मन्त्रीलाई उल्टै अप्ठ्यारो पऱ्यो ।

डाक्टरहरुले औषधिका बजार प्रतिनिधि (एमआर) को लोभमा परेर अनावश्यक औषधि लेखिदिने गुनासो सुनिइरहन्छन् । तर डा सिंहले एमआरको सियो पनि लिएनन् । उनले जरुरी पर्दा मात्रै औषधि लेख्थे । रोगको निदान पनि सकेसम्म बिरामीसँग लामो समय कुरा गरेर गर्न खोज्थे । त्यसैले एक समय उनको बारेमा सिरहा जिल्ला अस्पताल वरिपरिका औषधि पसलेले हल्ला गरे, 'फलानो डाक्टरलाई त उपचार गर्नै आउँदैन ।' बिरामीलाई धेरै समय दिन रुचाउने उनको यही बानीले उपचारमा निकै मद्दत पुगेको छ । अनेक डाक्टर र अस्पताल धाएर आएका बिरामीको रोगको पहिचान गरेर चर्चासमेत कमाएका कति उदाहरण छन् ।

डा सिंह एउटा घटना सम्झिन्छन्, 'सिरहाबाट एक परिवारले बच्चा बिरामी भएर त्यतिबेला म कार्यरत काठमाडौंस्थित एक अस्पताल ल्याइपुऱ्यायो । मकहाँ ल्याउनुअघि अरु डाक्टरलाई देखाइसकेको रहेछ । सानो बच्चाको कलेजो सुन्निएको पाइयो । कसरी त्यस्तो भयो भन्ने पत्ता लाग्न सकेन । मैले बिरामीका आफन्तसँग उनीहरुको चालचलन, खानपान आदिसमेत गरेर डेढ घन्टा कुरा गरें । यस क्रममा पत्ता लाग्यो, बच्चाको बुबाले हरेक दिन मदिरा पिउने रहेछ र मातमा एक चम्चा जति बच्चालाई पनि खुवाउने गरेको रहेछ ।' त्यो बालकको समस्याको पहिचान गरेका कारण उनको चिकित्सकीय क्षमताको प्रशंसा जिल्लाभरि फैलियो ।

सधैं आफूले जानेकै कुरामा मात्रै सेवा दिएर पुग्दैन चिकित्सामा । कहिलेकाहीं जीवन जोगाउन प्रयोग पनि गर्नुपर्छ । जोखिम मोल्नुपर्छ । अनेक पल्ट उनले जोखिम मोलेर जीवनदान दिएका छन् । त्यसमध्ये दोलखा जिल्ला अस्पतालमा कार्यरत रहँदा सुत्केरी हुन नसकेकी रामेछापकी एक महिलालाई व्यथा लागेको चार दिनपछि जिरी अस्पताल ल्याइयो । बच्चाको हात मात्रै बाहिर निस्केको थियो । पेटभित्रै मरिसकेको बच्चा जन्माउन नसकी आमा छटपटाइरहेकी थिइन् । एमबिबिएस मात्रै पास गरेका उनले प्रसूति हुन नसकेपछि गर्ने शल्यक्रियाको धेरै ज्ञान लिएका थिएनन् । एमबिबिएस पढ्दा प्रसूति वार्डमा अभ्यासका लागि पठाउँदा छलेर हिंडेका थिए । तर कार्यक्षेत्रमा आइलाग्यो । उनले गर्भवतीलाई सलाइन दिएर किताब पल्टाए । किताबमा पढ्दै, यता अभ्यास गर्दै गरेर महिलाको ज्यान जोगाए । अवकाशप्राप्त जीवनमा यस्ता दृष्यहरु उनको आँखामा नाँचिरहन्छन् ।

वीर अस्पतालको इमर्जेन्सी सेवा प्रभावकारी बनाउन उनले कुनै कसुर बाँकी राखेनन् । वीर अस्पतालको इमर्जेन्सीबाट बिरामी बाहिर रिफर हुनु वा त्यहाँका चिकित्सकले खप्की खानुमा अस्पतालको प्रणालीको कमजोरी महसुस गरेका छन् । यसबारे उनले पटक-पटक कुरा उठाए पनि अपेक्षित करेक्सन भएन । उक्त प्रणालीका कारण

> **एक एन्जाइटी न्युरोसिसका बिरामी थिए । उनका आफन्तले आफ्नो बिरामीसँगै डाक्टर नबसेको भनेर डा सिंहको गालामा झापड हान्यो । उनलाई त्यो झापड अहिले पनि सम्झना छ ।**

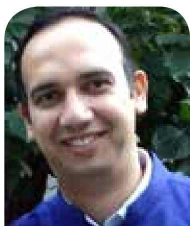
उनी आफैं पनि अप्ठ्यारोमा परेका छन् । अक्सर अस्पतालमा 'बेड खाली छैन' भन्ने उत्तर आउनुसँग व्यवस्थापकीय कमजोरी पनि उत्तिकै रहेको उनले देखेका छन् । उनी भन्छन्, 'हामी इमर्जेन्सीबाट बेड खाली छ ? भनेर सोध्छौं । उता वार्डमा रहेको मान्छेले हुँदा पनि 'छैन' भनिदिन्छ । बिरामीलाई त्यही जानकारी दिन्छौं ।'

सबै बिरामीका आफन्त सोझा हुँदैनन् । उनीहरुलाई अस्पतालको कमजोरी थाहा हुन्छ । आफैं वार्डमा पुगेर बेड हेरेर आएर इमर्जेन्सीको डाक्टरलाई गाली गर्ने गरेको उनले भोगेका छन् । इमर्जेन्सी सेवा प्रभावकारी बनाउन लागिपर्नुका साथै आवश्यक उपकरणको तर्जुमासमेत उनले गरेका छन् ।

डा सिंहलाई चिन्नेहरु भन्छन्, 'उनले पैसा चाहिँ त्यति कमाएनन् ।' उनलाई लाग्छ, 'मेरो प्राथमिकता नै थिएन त्यो ।' उनी जहाँ पुगेका छन्, त्यहाँ प्रशंसित बनेका छन् । 'प्रशंसा पैसाभन्दा धेरै माथि हुन्छ,' डा सिंहको बुझाइ छ । ●

बच्चाको बोली विकास र समस्या

बोलीको विकास क्रममा बच्चामा उत्सुकता उच्च हुन्छ। बच्चाले अरुको बोली टिपेर बोल्ने गर्छ। त्यसैले बच्चा बोल्न थालेपछि बाबुआमाले उनीहरुको कुरा धैर्यतापूर्वक सुनिदिनुपर्छ।



डा अन्वेश भट्ट

बच्चाको भाषा विकास मानिसको मानसिक तथा शारीरिक विकास क्रमको एक महत्वपूर्ण पाटो हो । बच्चाको विकास क्रमसँगै बोलीको पनि विकास हुन्छ। बोलीको विकासले बच्चालाई भावना व्यक्त गर्न र बुझ्न मद्दत पुर्‍याउँछ। यसले सोच र समस्या समाधान गर्नुका साथै सम्बन्ध विकास गर्न सहयोग गर्छ ।

बोलीको विकास पनि उमेरअनुसार क्रमबद्ध रुपमा हुन्छ। बच्चाको बोलीको विकास सामान्यतः ६ महिनाको उमेरदेखि हुन थाल्छ । यो उमेरमा बच्चा 'आ, उ' जस्ता आवाज निकाल्न थाल्छ। त्यसैगरी करिब ९ महिनाको उमेरमा बाबा, पापा, मामा जस्ता शब्दहरु निकाल्न थाल्छ । त्यस्तै १ वर्षको उमेरमा मामा, पापाबाहेक २/४ अरु शब्द पनि बोल्ने गर्छ । उमेर बढ्दै गर्दा प्रायःजसो ३ वर्षको उमेरमा बच्चाहरु दैनिक प्रयोगको भाषा बोल्नसक्ने हुन्छन् ।

बुबा-आमामा बच्चाको बोलीको विषयमा धेरै प्रश्न हुन सक्छन् । कुनै आमाबुबालाई आफ्नो बच्चाको बोली विकासको विषयमा शंका भएमा सम्बन्धित चिकित्सकलाई देखाउनु उपयुक्त हुन्छ।

बच्चामा बोलीको समस्याको कारण

बच्चामा उमेर अनुसारको बोलीको विकास नभएको भन्ने लाग्छ भने सम्बन्धित चिकित्सकलाई देखाउनुपर्छ। कुनैकुनै बच्चाको बोलीमा ढिलाइको मुख्य कारण सुनाइको समस्या हो । सुन्न नसक्ने बच्चाको बोलीको विकास हुँदैन । बोलीको विकासको लागि बच्चाले सुन्न अत्याश्यक हुन्छ। बच्चा जन्मँदा हुने समस्या जस्तैः महिना नपुगी जन्मेको अवस्थामा, नवजात शिशु अवस्थामा हुने संक्रमणका कारण पनि बच्चामा बोलीको समस्या हुनसक्छ । बच्चाको दिमागको संक्रमणले पनि बच्चाको बोलीमा समस्या पार्नसक्छ।

बच्चाको बोलीमा ढिलाइ हुँदा अर्को सोच्नुपर्ने महत्व अवस्था भनेको अटिजम हो । माथि उल्लेखित समय सिमामा बोली विकास भएन भने एक पटक चिकित्सकसँग अटिजमसम्बन्धी जानकारी लिँदा राम्रो हुन्छ। प्रायः अटिजम भएका बच्चामा बोलीको विकासमा ढिलाइ हुन्छ ।

भक्भकाउने समस्या

बच्चाहरुको बोली विकास क्रममा आउने अर्को समस्या भनेको भक्भकाउनु हो। यो समस्या हुँदा बच्चाहरु बीचबीचमा अड्किएर बोल्छन् । धेरै बच्चामा यो समस्या २० महिनादेखि देखि ४ वर्षको उमेरमा सुरु हुन्छ र प्रायः ६ वर्ष पुग्दासम्म हराउँछ । धेरै भक्भकाउने बच्चामा जेनेटिकको कारण पहिल्याउन सकिन्छ ।

यदि बच्चाको भक्भकाउने बोली ४ हप्ताभन्दा बढी रहेमा वा यसले बच्चाको मानसिकतामा नकारात्मक असर परेमा स्पिच थेरापिस्टको सल्लाह लिनुपर्छ। त्यसबाहेक घरमा बुबाआमाले यस्ता बच्चालाई धैर्यताका साथ सुनिदिने र उचित प्रोत्साहन दिनुपर्छ । यति मात्रले पनि बच्चाको बोलीमा सकारात्मक असर गर्छ ।

बच्चाको बोलीमा आमाबुबाको भूमिका

बच्चाको विकास क्रममा उत्सुकता उच्च हुन्छ । उनीहरु उत्सुकताका साथ अरुको बोली सुन्ने र क्रमशः त्यसै बोली टिपेर बोल्ने गर्छन् । यस्तो अवस्थामा बाबुआमाले बच्चासँग बोल्न कन्जुसी गर्नुहुँदैन । यिनै कुराकानीबाट बच्चाको बोलीको विकासको जग बस्छ। बच्चाले बोल्न थालेपछि उनीहरुको कुरा धैर्यतापूर्वक सुनिदिनु पनि बुबाआमाको कर्तव्य हो, जसले बच्चालाई बोल्न र सिक्न प्रोत्साहन र हौसला दिन्छ। ●

(काठमाडौं मेडिकल कलेजमा कार्यरत डा भट्ट बालरोग विशेषज्ञ हुन्)



Om Hospital & Research Centre (P.) Ltd.
ॐ हस्पिटल तथा रिसर्च सेन्टर (प्रा.) लि.



पुर्वाधार, प्रविधि र विशेषज्ञ उपचार सेवा एकै छानामुनि





सघन उपचार बिषयमा डिग्रन गरेका बिशेषज्ञ चिकित्सकको नेतृत्वमा संचालित बिश्वस्तरिय लेभल थ्री आईसियु जहाँ एकजना बिरामीकालागि एकजना नर्सको उपलब्धता समेत सुनिश्चित गरिएको छ । नबजात शिशुकालागि एनआइसियुको समेत उपलब्धता रहेको छ



इमरजेन्सी मेडिसिन र र्‍यापिड रेस्क्युको लागि आवश्यक सम्पूर्ण उपकरणहरु यस अस्पतालमा उपलब्ध छन् । तीनवटा एम्बुलेन्स हरपल तयार अवस्थामा रहेका छन् । दुर्गमका बिरामीका लागि हेलि रेस्क्यु सेवा समेत उपलब्ध छ । एमडीजिपिको नेतृत्व रहेको बिभागमा सातै दिन चौबिसै घण्टा आकस्मिक उपचार टोली आएका मेडिकल र सर्जिकल इमरजेन्सीका लागि सधै तयारी अवस्थामा रहने गरेको छ ।



विश्वस्तरिय उपकरण र दक्ष तथा अनुभवि बिशेषज्ञ चिकित्सकहरुद्वारा सामान्य देखी जटिल भन्दा जटिल किसिमका मुत्ररोग तथा मृगौलारोग सम्बन्धि सम्पूर्ण युरोसर्जिकल इन्टर्भेन्सनहरु यहाँ सम्भव रहेको छ ।



नेपालमा निसन्तानपनको उपचार सेवा सुरु गर्ने यस अस्पतालमा बिश्वस्तरिय आइभिएफ सेवा उपलब्ध रहेको छ । अत्यन्त दक्ष तथा अनुभवि स्त्री तथा प्रसुती बिशेषज्ञहरु तथा निसन्तानपनको उपचारमा देश बिदेशबाट तालिम हाँसिल गरेका डाक्टरहरुको उपलब्धताले धेरै निसन्तान दम्पतिहरुले वात्शल्य सुख प्राप्त गरिसक्नु भएको छ ।



हरेक किसिमका दुर्घटनाबाट हुने चोटपटक तथा हाड जोर्नी सम्बन्धि सम्पूर्ण उपचार सेवा यस अस्पतालमा उपलब्ध छ । दक्ष अर्थोपेडिक तथा स्पाइनसर्जनहरुलाई आधुनिक रेडियोलोजि अप्रेशन थिएटर र अत्याधुनिक उपचार उपकरणहरुसँगै रहेकोप्रभावकारी फिजिकल थेरापी सेवाले सबल बनाएको छ ।



पेट आन्द्रा तथा कलेजो लगायतका पाचन प्रणालीसँग सम्बन्धित सम्पूर्ण रोगहरुको निरुपण तथा उपचारमा यस अस्पतालमा सम्भव छ । दक्ष तथा अनुभवि चिकित्सकहरुको टोलीसँगै इन्डोस्कोपि र कोलोनोस्कोपिका लागि छुट्टै व्यवस्था गरिएकाले तत्काल प्रोसिजर गर्नसक्ने र बिरामीलाई समेत गोपनीयता र आराम सुनिश्चित छ ।

दक्ष तथा अनुभवी चिकित्सक, स्तरीय नर्सिङ्ग सेवा सहित ३० भन्दा बढि विशेषज्ञ सेवाहरु उपलब्ध रहेको निजि क्षेत्रको अग्रणी अस्पतालमा यहाँहरुलाई स्वागत छ ।

बिरामी केन्द्रित उपचार र पारिवारिक वातावरण

सुलभ मुल्यमा विश्वस्तरीय उपचार सेवा



देखि निरन्तर स्वास्थ्य सेवामा समर्पित

Contact Us @ : +977-01-4476225
+977-01-4466178
+977-01-4466179

Emergency No. : 9802076226

Follow us on :



omhrc@omhospitalnepal.com
www.omhospitalnepal.com



शारीरिक कसरत धेरै गर्ने, खेलकुदमा सक्रिय, भुईंमा बसेर योगा गर्ने, स्कुटर चलाउने तथा टुक्रुक्क भुईंमा बसेर उठ्ने व्यक्तिलाई घुँडा दुख्ने समस्या देखिन्छ।

किन दुख्छ घुँडा ? उपचार के ?



प्राडा अमित जोशी

हड्डी अथवा त्यसको समग्र रुप अस्थिपञ्जरबाट नै कुनै पनि प्राणी चलायमान हुनसक्छ। हाडले शरीरलाई एउटा आकार दिन्छ। हाडलाई चलायमान वा गतिशील बनाउन जोर्नी आवश्यक हुन्छ।

घुँडामा पनि त्यस्तै किसिमको हड्डी हुन्छ। घुँडालाई दायाँबायाँ जान नदिन हड्डीलाई लिगामेन्टले बाँधेर राखेको हुन्छ। घुँडाको दाँयाबाँया र घुँडाको भित्रपट्टि दुई/दुई वटा गरी चार वटा लिगामेन्ट हुन्छन्।

लिगामेन्ट एक प्रकारको नशा हो, यसले जोर्नीलाई बाँधेर राख्ने काम गर्छ। दुई घुँडाको बीचमा कुरकुरे हड्डी हुन्छ र त्यो हड्डी एक अर्कोमा नठोक्कियोस् भन्नाका लागि दुवै घुँडामा चन्द्रमा आकारको एक किसिमको जाली हुन्छ, त्यो जालीलाई मेनिस्कस भनिन्छ। त्यसले घुँडाको माथिलो भागको हड्डी र तल्लो भागको हड्डी एक अर्कासँग धेरै घर्षण हुन दिँदैन।

घुँडा दुख्ने समस्या

घुँडा दुख्ने समस्या विशेषगरी युवावस्थामा २० देखि ३० वर्षको उमेर तथा उमेर ढल्कँदै गरेका ५० देखि ६० वर्षको उमेर समूहका मानिसलाई बढी देखिन्छ। शारीरिक कसरत धेरै गर्ने, खेलकुदमा सक्रिय, भुईंमा बसेर योगा गर्ने, स्कुटर चलाउने, टुक्रुक्क भुईंमा बसेर उठ्दा प्रायः यस्तो समस्या आउँछ।

के कारणले हुन्छ समस्या ?

घुँडामा विभिन्न कारणले गर्दा चोट लाग्छ। चोट दुई प्रकारका हुन्छन्, बाहिर देखिने चोट र बाहिर नदेखिने भित्री चोट। भित्री चोटमा लिगामेन्ट इन्जुरी, कुरकुरे हड्डी भाँचिने, दुई घुँडाबीचको लिगामेन्ट च्यातिने समस्या हुन्छन्।

भित्रको चोट लागेपछि घुँडाले भर नपाउने, लड्न खोज्ने, घुँडा अड्किने, दुख्ने कुनै चिज ठाउँबाट सरेको महसुस हुन्छ।

घुँडा दुख्ने समस्या विशेषगरी युवावस्थामा २० देखि ३० वर्षको उमेर तथा उमेर ढल्कँदै गरेका ५० देखि ६० वर्षको उमेर समूहका मानिसलाई बढी देखिन्छ।

उपचार

सुरुमा के कारणले चोट लागेको हो पत्ता लगाउनुपर्छ। त्यसपछि आवश्यक चेकजाँच गर्ने, एक्स-रे, एमआरआईका साथै आवश्यक परे सिटीस्क्यानसमेत गरेर घुँडामा कस्तो प्रकारको चोट लागेको हो पत्ता लगाउनुपर्छ।

समस्या पत्ता लगाइसकेपछि कस्तो उपचार गर्ने भन्ने थाहा हुन्छ। कुनैकुनै समस्यामा च्यातिएको भागमात्र सिलाउनुपर्ने हुनसक्छ। कुनै समस्यामा एउटा अंगको जाली झिकेर अर्कोमा राख्नुपर्ने हुन्छ। आजभोलि दूरविनको माध्यमबाट शल्यक्रिया गर्ने भएकोले सानो प्वाल बनाएर शल्यक्रिया गर्न सकिन्छ। कुनै अवस्थामा शल्यक्रिया गर्नु नपर्ने पनि हुनसक्छ। यस्तो बेलामा फिजियोथेरापीबाट पनि निको हुन्छ।

निको हुन कति समय लाग्छ ?

यदि लिगामेन्टको समस्या छ भने लिगामेन्ट बनाउनुपर्ने भएकोले निको भएर पहिलाको जस्तै काममा फर्कन ९ महिनासम्म पनि लाग्नसक्छ। मिनस्कस (दुईटा हड्डी बीचको जाली च्यातिएको) कारणले समस्या भएको हो भने ४/६ हप्तामा निको हुन्छ। कुरकुरे हड्डी भाँच्चिएको छ भने निको हुन २/३ महिना लाग्नसक्छ। दूरविनको माध्यमबाट शल्यक्रिया गर्दा घाउ छिटो निको हुन्छ।

कतिपय व्यक्ति हड्डी भाँचिएर हिँड्न नसक्ने भएपछि मात्र अस्पताल जाने गरेको देखिन्छ। लिगामेन्ट च्यातिँदा वा कुरकुरे हड्डी भाँच्चिएको अवस्थामा सामान्य हिँड्नसक्ने भएकाले घरमै बसेर औषधि खाने गरेको पाइन्छ। यसले पछि गएर अप्ठ्यारो पार्नसक्छ।

औषधि खाएर दुखाइ कम भएपछि निको भएको ठानेर अस्पताल नजाँदा पछि बल्झिएर समस्या निम्त्याउँछ। समस्यालाई बेवास्ता गरी अस्पताल नगई बस्दा अर्को पनि लिगामेन्ट च्यातियो भने समस्या बढ्न सक्छ। दुवै जाली च्यातियो भने शल्यक्रिया गरेर पनि निको बनाउन गाह्रो हुन्छ। ●

(डा जोशी आर्थोस्कोपी तथा स्पोर्ट्स इन्जुरी विशेषज्ञ हुन्)

आँखामा हुने 'डाइबेटिक रेटिनोप्याथी' के हो ?

मधुमेह रोगीमा आँखाको ज्योति गुम्ने जोखिम दुई गुना बढी हुन्छ।



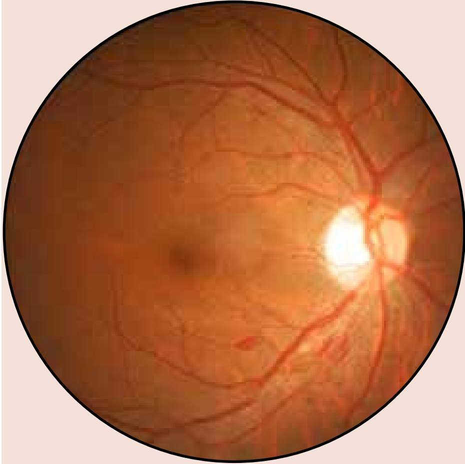
डा रबा थापा

मधुमेहका बिरामीमा आँखाको रेटिनामा हुने असरलाई 'डाइबेटिक रेटिनोप्याथी' भनिन्छ। मधुमेहका कारण शरीरको नसामा असर देखिन्छ। यसले आँखाको पर्दाको रक्तनलीमा क्षति पुऱ्याउँछ। आँखाको भित्री भागको पर्दामा रक्तश्राव हुने, आँखाको पर्दा सुन्निने, समयमा उपचार नभए आँखामा अत्यधिक रक्तश्राव हुने र आँखाको पर्दा खुम्चिने पनि लक्षण देखिन्छ। मधुमेहका कारण आँखामा हुने यी असरलाई नै डाइबेटिक रेटिनोप्याथी भनिन्छ।

सामान्य मानिसभन्दा मधुमेह भएकाहरूमा आँखाको ज्योति गुम्ने जोखिम दुई गुना बढी हुन्छ। मधुमेहका कारण दृष्टि गुम्ने बिरामीको संख्या बढ्दै गइरहेको छ।

कसरी थाहा पाउने?

डाइबेटिक रेटिनोप्याथी भएको सुरुवाती अवस्थामा बिरामीलाई थाहा हुँदैन। रोग जब



छिप्पिँदै जान्छ, आँखाको पर्दामा रक्तश्राव हुने, आँखा सुन्निने र खुम्चिने भएपछि समस्या देखिन थाल्ने हो। आँखा विस्तारै धमिलो हुने, सिधा चिज हेर्दा बाङ्गो देखिनेजस्ता समस्या आउँछन्।

मधुमेहका बिरामीले डाइबेटिक रेटिनोप्याथी छ वा छैन भनेर मधुमेह भएको थाहा पाएपछि जाँच गराइरहनुपर्छ। मधुमेह हुने र नहुनेहरुले ६ महिना या वर्षमा एक पटक आँखाको जाँच गराउनुपर्छ।

मधुमेह दुई प्रकारको हुन्छ। जसलाई 'टाइप वान' र 'टाइप टु' मा वर्गीकरण गरिएको छ। पहिलो प्रकारको मधुमेह अर्थात् टाइप वान ३० वर्षभन्दा कमको उमेर समूहका मानिसमा बढी देखिन्छ। टाइप टु अर्थात् दोस्रो प्रकारको मधुमेह भने ३० वर्षभन्दा माथिको उमेरमा देखिने सम्भावना बढी हुन्छ।

टाइप टु मधुमेहमा डाइबेटिक रेटिनोप्याथीको जोखिम बढी हुन्छ। यो भनेको मधुमेह छिटो पत्ता नलाग्दा देखिने समस्या हो। मधुमेहसँगै धूमपान र मद्यपान गर्ने मानिस, गर्भवती, उच्च रक्तचापका बिरामी, रगतमा चिल्लोपन बढी हुनेहरुमा यो रोगको जोखिम बढी हुन्छ। यसैगरी, मिर्गौलामा समस्या भएका बिरामीमा पनि डाइबेटिक रेटिनोप्याथीको जोखिम उच्च रहन्छ। यसको जोखिम बढी हुने भएकाले हरेक तीन महिनामा गर्भवतीले आँखाको जाँच गराउनुपर्छ।

नियन्त्रण तथा व्यवस्थापन

डाइबिटिक रेटिनोप्याथी नियन्त्रण तथा व्यवस्थापन गर्न सरकारी स्तरबाट दुर्गमका जिल्लामा आँखा अस्पताल तथा आँखा शिविरका कार्यक्रम सञ्चालन गर्नुपर्छ। डाइलाइसिस निःशुल्क भएजस्तै डाइबेटिक रेटिनोप्याथीको उपचार पनि निःशुल्क भएमा आर्थिक अवस्था कमजोर रहेका बिरामीलाई राहत हुन्थ्यो। मधुमेह जाँच गर्ने केन्द्र सहरमा मात्रै नभएर ग्रामीण इलाकामा पनि स्थापना गर्नुपर्ने देखिन्छ। डाइबेटिक रेटिनोप्याथीको बारेमा जनचेतनाका फैलाउन पनि जरुरी छ।

आँखाको ज्योति बचाउन मधुमेहका बिरामीले नियमित रुपमा आँखा जाँच गर्नु जरुरी हुन्छ। चिनीको मात्रा नियन्त्रणमा राख्नुपर्छ। मधुमेहको औषधि खानुपर्नेले नियमित खानुपर्छ। सन्तुलित खानालाई प्राथमिकता दिनुपर्छ। विशेषगरी आइरन धेरै हुने हरियो सागपात, फलफूल खाने तर कार्बोहाइड्रेडयुक्त खाना कम गर्नुपर्छ। धूमपान र मद्यपानबाट टाढै रहनुपर्छ। गर्भवतीले मधुमेहको नियमित जाँच गराउनुपर्छ। ●

magnus



भक्तपुरमा जन्मिएकी डा सनिषा प्रजापतिले एसएलसीसम्मको पढाइ भक्तपुरकै एभरेस्ट इङ्लिस स्कुलबाट गरेकी हुन्। प्लस टुको अध्ययन ललितपुर स्थित मुन लाइट उच्च माध्यमिक स्कुलबाट गरेकी सनिषाले एबिबिएसको पढाइ भने फिलिपिन्सको इमिलियो एगुनाल्डो कलेज मनिलाबाट पूरा गरिन्। फिलिपिन्सकै मनिला मेडबाट एक वर्ष इन्टनसिप गरेकी उनले त्रिभुवन शिक्षण अस्पताल टिचिङमा एक वर्ष एनेस्थेसिया डिपार्टमेन्टमा काम गरिन्। खेलकुदमा बढी रुचि राख्ने सनिषालाई ब्याडमिन्टन र बास्केटबल खेल्न मन पर्छ। अहिले उनी पिजी कक्षाको तयारीमा लागेकी छन्।

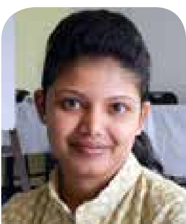
तस्बिर : शिवलाल श्रेष्ठ
तस्बिर स्टुडियो, बागबजार



रासायनिक विषादीको त्रास
कसरी गर्ने न्यूनीकरण ?



उत्पादनमा विषादी प्रयोग भए/नभएको वा कति भएको छ, यकिन गर्न विषादी मापन केन्द्र स्थापना गरी अनिवार्य विषादी परीक्षणको व्यवस्था गरिनुपर्छ।



सिमृन काफ्ले

नेपालमा विगत केही समयदेखि तरकारी तथा फलफूलमा प्रयोग हुने विषादीबारे चर्चा हुन थालेको छ । सामाजिक सञ्जालमा पनि यसबारे प्रश्न उठ्न थालेका छन् । स्थानीय तहदेखि केन्द्र तहसम्म यसबारे बहस सुरु भएको छ र राजनीतिक स्तरबाट यो मुद्दालाई सम्बोधन गर्ने प्रतिबद्धता पनि व्यक्त भइराखेका छन् ।

आर्थिक वर्ष ०७४/७५ को तथ्यांकअनुसार नेपालमा ६ सय मेट्रिकटन (खास विष) विषादी आयात भएको छ, जुन करिब ७५ करोड रुपैयाँ बराबरको हो (स्रोत : प्लान्ट क्वारेनटिन र विषादी व्यवस्थापन केन्द्र, हरिहर भवन, ललितपुर) । नेपालमा आयात हुने विषादीमध्ये ८५ प्रतिशत विषादी तरकारीमा प्रयोग हुने गरेको पाइन्छ ।

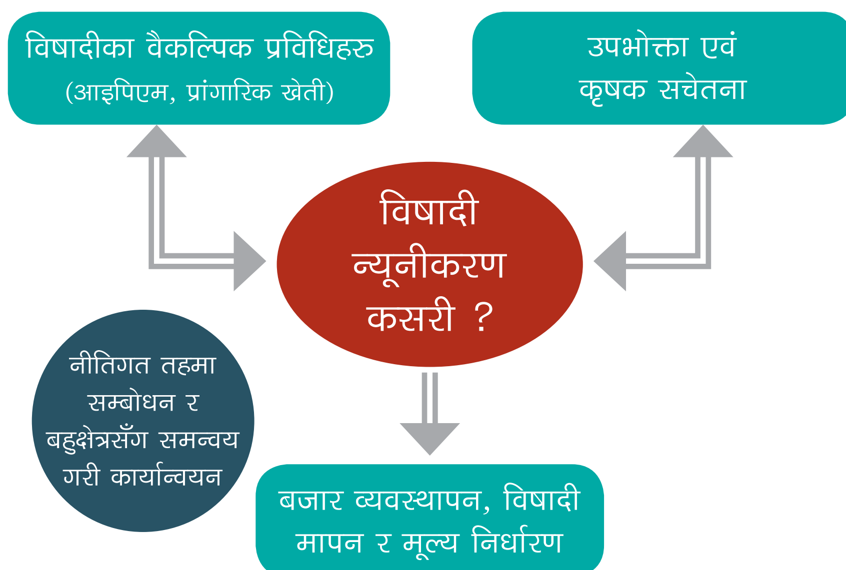
विषादीका मूलतः दुई वटा विषेशता हुन्छन् । पहिलो, केही खतरनाक विषादी हाम्रो शरीरमा प्रवेश गरेपछि अन्य तरल पदार्थजस्तो नाश भएर जाँदैन । दोस्रो, विषादीको अवशेष जम्मा भएर मानिस र प्रकृतिका ठूलाठूला जीव र पशुपक्षीलाई झन् धेरै असर गर्छ । यसै कारणले गर्दा लामो समयसम्म विषादीको संसर्गमा आएपछि प्रजनन् क्षमतामा ह्रास आउने, विभिन्न किसिमका क्यान्सर (रक्तक्यान्सर, मस्तिष्क, मिर्गौला, पित्तथैली, फोक्सो र छाला सम्बन्धी क्यान्सर) हुने सम्भावना बढ्ने अध्ययनहरुले देखाएका छन् ।

तत्काल स्वास्थ्य समस्याका रुपमा भने छालामा एलर्जी हुने, आँखा पोल्ने, रिंगटा लाग्ने, वाकवाकी लाग्ने, टाउको दुख्ने, पेट दुख्ने, शरीर कमजोरी हुनेगर्छ । विषादीले आमाको गर्भ र स्तनपानबाट पनि बच्चाको शारीरिक र मानसिक विकासलाई असर गर्छ । चीनमा बर्सेनी ५ लाख व्यक्ति विषादीको संसर्गमा आएर बिरामी पर्ने गरेका छन्, जसमध्ये ५ सय जनाले प्रत्येक वर्ष ज्यान गुमाउँछन् ।

नेपालमा विषादीको प्रयोगबाट हुने आत्महत्या र विषादीबाट हुने आकस्मिक दुर्घटनाका प्रहरी तथा अस्पतालका तथ्यांकबाहेक समुदायमा विषादीको प्रयोगबाट देखिएका स्वास्थ्य समस्याबारे कुनै

लेखाजोखा हुने गरेको छैन । हेल्थ म्यानेजमेन्ट इन्फर्मेसन सिस्टम (एचएमआइएस) मा पनि यस विषय रेकर्ड गर्नका लागि कुनै स्थान राखिएको छैन । यस विषयमा स्वास्थ्यकर्मीहरुका लागि पर्याप्त अभिमुखीकरण पनि छैन । विषादीको संसर्गमा आएर उक्त स्वास्थ्य समस्या देखिएको हो कि भनेर सोध्ने प्रचलन र यस विषयसँग दिनुपर्ने परामर्श सेवा न्यून रहेको छ ।

विषादी प्रयोगलाई व्यवस्थापन गर्न संघीय ऐन पनि निर्माण प्रक्रियामा छ भने प्रदेश र केही स्थानीय तहका सरकारहरु पनि आवश्यक नीति, निर्देशिका एवं योजना तर्जुमा अभ्यासमा जुटिरहेका छन् । यो अत्यन्तै सकारात्मक पक्ष हो । रासायनिक विषादी न्यूनीकरणका अनेकौं चुनौती छन्, यद्यपि यी चुनौतीको सही पहिचान गरी एकीकृत ढंगले अगाडि बढ्न सके विषादी न्यूनीकरण केही वर्षमै सम्भव छ । यसै प्रसंगमा आयातित कृषि उत्पादनहरुको गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने नीतिगत एवं प्राविधिक प्रावधानहरु आवश्यक छन् नै, तर देशभित्र कृषिमा विषादी प्रयोग न्यूनीकरणका लागि केही सम्भावित उपायबारे विवेचना र विश्लेषण गरिनुपर्छ ।



विषादीको विकल्प खोजी र पहुँचमा वृद्धि

प्रायः कृषकहरु रासायनिक विषादी प्रयोग नगरी उत्पादन नै नहुने ठान्छन् । यो भ्रममात्रै हो, यसमा कुनै सत्यता छैन । पछिल्लो समयमा रासायनिक विषादीका धेरै विकल्पबारे अनुसन्धान भएका छन् । यी विधि एवं प्रविधिहरु उत्पादनको दृष्टिकोणले उत्तिकै प्रभावकारी सावित भएका छन् र रासायनिक विषादीको तुलनामा महँगो पनि छैनन् । विभिन्न प्रकारका मोहिनी पासो, बत्तीको पासो, पहेँलो पासो जस्ता शाकाणुजन्य विषादी वा न्युक्लियर पोलिहेड्रोसिस भाइरस जस्ता विषाणुजन्य विभिन्न वैकल्पिक प्रविधिहरु बालीनालीमा लाग्ने रोग-किराको व्यवस्थापनमा प्रभावकारी देखिएका छन् । तर नेपालमा भने यी प्रविधिको धेरै उपयोग गर्न सकिएको छैन । बहुसंख्यक कृषकमा यस्ता वैकल्पिक प्रविधिबारे जानकारी नै छैन । यसबारे जानकार कृषकका लागि पनि यी प्रविधिहरु सहज रुपमा उपलब्ध छैनन् । त्यस्तै गाउँघरमै पाइने वनस्पती र गाईवस्तुको पिसाब प्रयोग गरी बनाइने जैविक विषादी पनि उत्तिकै प्रभावकारी र सुरक्षित पाइएको छ तर यसको व्यावसायिक उत्पादनमा जोड दिइएको छैन । पाकेको गोबर मल, कम्पोस्ट मल, गड्यौला मलले बालीनालीलाई आवश्यक पर्ने धेरै पोषण तत्वहरुको परिपूर्ति गर्छ र तिनको नियमित प्रयोगले रासायनिक मललाई विस्थापित पनि गर्न सक्छ । त्यसैले, विषादी प्रयोगको न्यूनीकरणलाई टेवा पुऱ्याउन यस्ता प्रांगारिक मलको उत्पादनलाई व्यवसायीकरण गर्नुपर्छ । यी वैकल्पिक प्रविधिहरु एवं समग्र आइपिएम र प्रांगारिक खेतीलाई राज्यकै तहबाट नीतिगत तथा व्यावहारिक रुपमा प्रबर्धन गरिनुपर्छ ।

उपभोक्ता र कृषक सचेतना

उपभोक्ताको छनोट र मागअनुरुप उपभोग्य वस्तुको पूर्ति गर्नु बजार प्रणालीको सामान्य नियम नै हो । विषादी प्रयोग नगरिएका फलफूल, तरकारी किरा लागेको पनि हुनसक्छ, एकनासले नसप्रेका पनि हुन सक्छन् । यस्ता उपज सामान्यतयाः उपभोक्ताले रोज्दैनन्, न खरिद नै गर्छन् । यस कारण बजारले कुनै किसिमको जोखिम लिन चाहँदैन र यस्ता उत्पादनलाई प्राथमिकता दिँदैन । यसरी उपभोक्ताको रोजाइको मनोविज्ञानले विषादी प्रयोगलाई प्रोत्साहित गरिरहेको हुन्छ । विषादीको प्रयोग घटाउन र प्रांगारिक कृषिलाई प्रबर्धनका लागि अन्य प्रयाससँगै उपभोक्ताको रोजाइ र सोचाइलाई घच्घच्याउन आवश्यक छ । यस्तै कारणले गर्दा पनि कृषकमा तुरुन्तै असर गर्ने किसिमको विषादी रोज्ने प्रवृत्ति बढेको पाइन्छ ।

रासायनिक विषादीले हानिकारक र फाइदाजनक दुवैथरी किरा, जीवलाई तत्काल असर गर्छ, मार्छ तर यसको विपरीत जैविक, वानस्पातिक वा घरेलु विधिहरुले हानिकारक किरालाई नमारी तिनको संख्या व्यवस्थापन गर्न सकिने तहमा राख्छ । यो अन्यन्त महत्वपूर्ण कुरा हो, किनभने संसारका ९० प्रतिशतभन्दा बढी किरा मांसाहारी एवं फाइदाजनक हुन्छन् (मित्रजीव) र यी हानिकारक किरा (सत्रुजीव) खाएर बाँच्छन् । तसर्थ मित्रजीवलाई संरक्षण गर्नुपर्छ । यसरी सत्रुजीवको व्यवस्थापन गरे मात्र प्रकृति सन्तुलित रहन्छ । प्रकृतिको यस्तो अलौकिक प्रक्रियाको महत्वबारे कृषकमा ज्ञान संप्रेषण गर्न र अत्यधिक र अव्यवस्थित विषादी प्रयोग गरेर तत्काल नाफा खोज्ने प्रवृत्ति घटाउन अपरिहार्य छ ।

> विषादीको प्रयोग घटाउन र प्रांगारिक कृषिलाई प्रबर्धनका लागि अन्य प्रयाससँगै उपभोक्ताको रोजाइ र सोचाइलाई घच्घच्याउन आवश्यक छ ।

बजार व्यवस्थापन

नेपालमा विषादी प्रयोग गरिएको र प्रांगारिक कृषि उत्पादनको बिक्रीवितरणका लागि छुट्टाछुट्टै बजार नभएको हुँदा सचेत उपभोक्ताले प्रांगारिक उत्पादन खरिद गर्न चाहे पनि यो अवसर सहजै उपलब्ध छैन । यसले गर्दा प्रांगारिक उत्पादन उपभोग गर्न चाहनेहरुका लागि पनि विषादी प्रयोग गरिएको कृषि उत्पादन नै खरिद गर्नुपर्ने बाध्यकारी अवस्था विद्यमान छ । यस्तो स्थिति रहुन्जेल आम नागरिकमा प्रांगारिक उत्पादनको उपभोग गर्ने संस्कारको विकास हुँदैन र प्रांगारिक कृषि प्रबर्धनमा धेरै अपेक्षा गर्न सकिँदैन । तसर्थ, रासायनिक विषादी प्रयोग भएको र नभएको उत्पादन बिक्रीका लागि बजारमा छुट्टाछुट्टै स्थानको व्यवस्था गरिनुपर्छ ।

साथै, उत्पादनमा विषादी प्रयोग भए/नभएको वा कति भएको छ, यकिन गर्न विषादी मापन केन्द्र स्थापना गरी अनिवार्य विषादी परीक्षणको व्यवस्था गरिनुपर्छ । नेपालमा भित्रिने र नेपाल भित्रका खाद्य उत्पादन, तरकारी, फलफूल, माछा, मासुमा विषादी परीक्षण अनिवार्य गरिनुपर्छ र दण्ड सजायको प्रावधान हुनुपर्छ । विषादी प्रयोग भए/नभएको वस्तुको मूल्य पनि केही मात्रामा फरकफरक तोकिनुपर्छ । यसले गर्दा रासायनिक विषादीका विकल्पहरु अबलम्वन गर्नेहरुका लागि तत्काल प्रोत्साहन मिल्नेछ र विषादी न्यूनीकरणका कार्यक्रमहरु पनि प्रभावकारी हुने छन् ।

यस क्षेत्रमा गर्नुपर्ने क्रियाकलाप धेरै छन्, यद्यपि माथि उल्लेख गरिएका बुँदाहरुमा कृषि, स्वास्थ्य र बजार क्षेत्रले समन्वय गरी एकीकृत रुपमा नीतिगत र स्थानीय तहमा काम गर्न सकेमा पक्का पनि रासायनिक विषादीमुक्त उत्पादन र स्वस्थ जीवन टाढाको सपना हुने छैन । ●

(काफ्ले नेपाल जनस्वास्थ्य प्रतिष्ठान, चितवनकी परियोजना प्रबन्धक हुन्)



प्रसूति र स्त्री रोगको भरोसा

बिरामीको चाप धेरै, जनशक्ति र व्यवस्थापन कमजोर

■ **बुनु थारु/काठमाडौं**

असारको अन्तिम बुधबार दिउँसो थापाथलीस्थित प्रसूति तथा स्त्रीरोग अस्पताल पुग्दा धादिङकी सरस्वती तामाङ अस्पतालबाट डिस्चार्ज हुने तयारीमा थिइन् । नर्मल डेलिभरीबाट बच्चा जन्माएकी तामाङ घर जाने बेलामा सरकारले उपलब्ध गराएको निःशुल्क सुत्केरी भत्ता बुझ्दै थिइन् । उनले भनिन्, 'प्रसूति गृहमा राम्रो सेवा पाउँदा निकै खुसी लाग्यो ।'

काभ्रेस्थली बस्ने राम खड्का काखमा बच्चासहित घर जानको लागि गेटबाट बाहिरिँदै थिए । उनले श्रीमतीलाई १२ दिनपछि फलोअपका लागि प्रसूति गृह ल्याएका थिए । उनकी श्रीमतीले शल्यक्रिया गरेर बच्चा जन्माएकी हुन् । खड्काले पनि अस्पतालमा डाक्टरको परामर्श अनि भनेजस्तो सेवासुविधा पाउँदा खुसी लागेको बताए ।

प्रसूति गृहको गेट नं २ अर्थात् पूर्वी गेटबाट छिर्दा पोस्ट अपरेटिभ वार्ड देखिन्छ भने त्यहींको अर्को भवनमा छ, बहिरंग सेवा भवन । जहाँ बिरामीहरु ओपिडी सेवाको लागि लाइन बसेका छन् । त्यही भीडमा थिइन्, टेकुकी रमिला शाही । उनी आफ्नो साथीसँग महिनावारी सम्बन्धमा बुझ्न आएकी रहिछन् । त्यहाँबाट अगाडि बढ्दा भिडियो एक्स-रेको लागि लामो लाइन देखिन्छ भने दाहिनेपट्टि फार्मेसीमा पनि सेवाग्राहीको उत्तिकै भीड देखिन्छ ।

११-१२ बजे डिस्चार्ज गर्ने समय हुँदा धेरै सुत्केरीहरु बच्चा लिएर हिँडेका देखिन्छन् । मुख्य द्वारबाट प्रवेश गरियो भने छेउमा छ, पहेँलो भवन जहाँ कृत्रिम गर्भाधारणको लागि सेवा दिइन्छ । त्यसैगरी सिधै हेर्दा भर्खर नवनिर्मित मुख्य भवन देखिन्छ । मान्छेको चाप उस्तै छ । इमर्जेन्सीमा पनि उत्तिकै भीड देखिन्छ । एम्बुलेन्स आउने क्रम पनि जारी नै छ ।

मुख्य भवन लिएर यहाँ 'ए' देखि 'एफ' ब्लकसम्म रहेका छन् ।

विसं २०१६ मा खुलेको मुलुकको एकमात्र प्रसूति तथा स्त्री रोग अस्पताल एसियाकै सबैभन्दा धेरै डेलिभरी हुने अस्पताल भनेर दाबी गरिन्छ । ४१५ शय्या क्षमताको अस्पताल भूकम्पले भवन भत्किएपछि ३५० शय्यामा झरेको थियो । भूकम्पबाट भवन भत्किएपछि करिडोर बारेर अझ शैक्षिक भवनमा पनि ओपिडी सेवा सञ्चालन गरिएको थियो । अस्पताललाई स्तरोन्नति गरेर ५०० शय्या पुऱ्याउने अस्पतालको लक्ष्य रहेको छ ।

वार्षिक २३ हजार डेलिभरी

सरकारी अस्पतालहरुमध्ये राम्रोसँग चलेको र सेवा दिइरहेको अस्पतालका रुपमा चिनिन्छ, परोपकार प्रसूति तथा स्त्री रोग अस्पताल । यो अस्पतालले वार्षिक २३ हजारभन्दा बढी डेलिभरी र ६ हजारभन्दा बढी मेजर अप्रेसन गर्ने गर्छ । जसमा ७१ प्रतिशतले शल्यक्रिया बिना र २९ प्रतिशतले शल्यक्रिया गरी बच्चा जन्माउँछन् । हरेक दिन यो अस्पतालबाट ७० देखि माथिको संख्यामा नयाँ बच्चाले संसार देख्छन् भने ओपिडीमा दैनिक ८०० जनाले उपचार गराउँछन् । इमरजेन्सी कक्षमा दैनिक ९० जना बिरामी आउने गर्छन् ।

प्रसूतिमात्र नभएर स्त्रीसँग सम्बन्धित रोगहरुको पनि यो अस्पतालमा उपचार हुन्छ । किशोरकिशोरी, ओसिएमसी एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र पनि सञ्चालन भइरहेको छ । ओसिएमसी सेवामार्फत हिंसापीडितले एकै ठाउँमा उपचार, सामाजिक, कानुनी परामर्श पाउनुका साथै पुनर्स्थापना लगायतका सेवा लिन सक्छन् ।

नयाँ भवनबाट सेवामा स्तरोन्नति

अस्पतालको मुख्य द्वार प्रवेश गर्नेबित्तिकै देखिन्छ, तीनतले नयाँ भवन । आमाले बच्चा बोकेको आकृति राखिएको सो भवन पहिले चारतले थियो । भूकम्पले भत्काएपछि जापान सरकारले त्यस्तै स्वरुपमा भवन बनाइदिएको छ । गत असार २७ गते प्रधानमन्त्री केपी शर्मा ओलीले उक्त भवनको उद्घाटन गरेका हुन् ।

भित्र प्रवेश गर्दा भुइँतलामा देखिन्छ, सूचना कक्ष । महिलाका लागि चेन्जिङ रुम छ । शौचालय अत्याधुनिक छ । धारा सेन्सर जडित छन् । सो भवनको भुइँतलामा एन्टिनेटल वार्ड, लेबर रुम, ३ वटा अपरेसन थिएटर, आकस्मिक कक्ष र सूचना कक्ष रहेको छ । यसले गर्दा गर्भवतीलाई पहिलाभन्दा जोखिम कम भएको देखिन्छ । त्यसैगरी पहिलो तलामा बर्थिङ सेन्टर छ, जहाँ एकैसाथ १० जना बच्चाको डेलिभरी गर्न सकिन्छ । त्यसका साथै सो तलामा एमआइसियु, पोस्ट अपरेटिभ वार्ड, फार्मेसी र ब्लड बैंक रहेको छ । त्यसैगरी दोस्रो तलामा पोस्ट न्याटल वार्ड, स्पेसल बेबी केयर युनिट, नवजात शिशु कक्ष, एनआइसियु रहेका छन् । साथै माथिल्लो तलामा कक्षा कोठाहरु, कन्फरेन्स हलहरु, लाइब्रेरी, प्राध्यापकको कोठाको व्यवस्था गरिएको छ ।

पुरानो भवनमा रहेका बेडहरुको विस्तार गरिएको छ । एनआइसियु कक्ष १८ बेडबाट अब ४० बेडको हुने भएको छ भने एमआइसियु ६ बेडबाट १२ बेडमा विस्तार गरिएको छ । एन्टिनेटल वार्डमा १५ बेडबाट ४५ बेडमा विस्तार गरिने भएको छ । त्यसैगरी शल्यक्रिया कक्ष पनि फराकिलो बनाइएको छ । यसअघि सुत्केरी र स्त्री रोगको उपचारका लागि एउटै ठाउँमा शल्यक्रिया कक्ष हुँदा केही साँघुरो थियो । अब छुट्टाछुट्टै शल्यक्रिया कक्ष निर्माण गरिएको छ ।

अस्पतालका निर्देशक डा जागेश्वर गौतम भन्छन्, 'हामीले नयाँ सेवा दिएका होइनौं, भएको सेवालाई अपग्रेड गरेका हौं, सजिलो बनाएका हौं।'

चाप कम गर्न भैंसेपाटीमा क्लिनिक सेवा

एक मात्र केन्द्रीय प्रसूति तथा स्त्री रोग अस्पताल भएकोले यहाँ बिरामीको धेरै चाप हुने गरेको छ । त्यसलाई अलिकति भए पनि कम गर्न ललितपुरको भैंसेपाटीमा क्लिनिक सेवा सुरु गरिएको छ ।

निर्देशक डा गौतमका अनुसार बिरामीले मुख्य दुई कुरामा गुनासो गर्ने गरेका छन्- भीड र फोहोर । भविष्यमा भैंसेपाटीमा जस्तै ४ वटा स्याटेलाइट अस्पताल सुरु भयो भने चाप घट्छ ।

भैंसेपाटी क्लिनिक शाखा २०७५ जेठ महिनाको १३ गतेदेखि सञ्चालनमा आएको हो । अस्पतालले यहाँ गर्भवती जाँच, ल्याब, स्त्री रोग जाँच, बालरोग जाँच, खोप सेवा, प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार, प्याथोलोजी सेवा आदि प्रदान गर्दैआएको छ । श्यामा दीक्षितले ललितपुरको भैंसेपाटी, सैंबु वडा नं २५ मा ४ तले भवनको १५ वटा कोठा दान दिएका थिए । अस्पतालको उद्देश्यअनुरुप यो घरजग्गामा आउटरिच क्लिनिक सञ्चालन, बर्थिङ सेन्टर सेवा विस्तार तथा मिडवाइफ्रीको प्रयोगात्मक अभ्यासको लागि विस्तार गर्ने लक्ष्य रहेको छ । यहाँ बहिरंग सेवाहरु उपलब्ध छन् ।

हामीले उत्कृष्ट सेवा दिइरहेका छौँ

भूकम्पले भवन भत्काएर अस्पतालले साँघुरो ठाउँमा सेवा दिँदै आएको थियो । अहिले नयाँ भवन बनेपछि निकै सहज भएको छ । पहिले स्त्रीरोग र प्रसूतिका लागि एकै ठाउँमा शल्यक्रिया कक्ष थियो, अहिले छुट्याएका छौं । बच्चाहरु रेफर गर्ने अवस्था पनि आउँथ्यो कुनैबेला, तर अब हामीले सेवामा थप स्तरोन्नति गरेका छौं । टेस्टट्युब बेबी सेवा नयाँ भवनमा सुरु हुँदै छ ।

सुविधा विस्तार भएपछि मुख्य रुपमा जनशक्तिको चुनौती छ, तर यसको समाधान पनि हामी खोज्दैछौं । उपकरणहरु पनि अत्याधुनिक रहेका छन् । फोहोर व्यवस्थापन वैज्ञानिक तरिकाले गरिरहेका छौं भने कुरुवा घर पनि छिट्टै सञ्चालनमा ल्याउने तयारीमा छौं । अनुसन्धानको पाटोमा जोड दिएका छौं ।



डा जागेश्वर गौतम
निर्देशक, प्रसूति तथा स्त्रीरोग अस्पताल

प्रसूति तथा स्त्रीसम्बन्धी रोगमा राम्रो सुविधा दिइरहेका छौं ।

चाप बढी, कर्मचारी कम

४१५ बेडको अस्पतालमा काम गर्ने कर्मचारी आठ सय रहेका छन् । अस्पताल डिजिटल प्रविधिमा गइसकेको छ तर त्यसका लागि जनशक्तिको कुनै दरबन्दी छैन । पहिला दैनिक अल्ट्रासाउन्ड ५० वटा गरिन्थ्यो तर अहिले दैनिक २५० देखि ३०० हाराहारीमा यसका सेवाग्राही पुगेका छन् । तर दरबन्दी उही पुरानो छ । सिटी स्क्यान, मेमोग्राम आदिको सुविधा रहेको छ तर सेवाअनुसार कर्मचारीको अभाव छ । ल्याब भए पनि प्याथोलिजोस्टि, टेक्निसियन, टेक्नोलोजिस्टको दरबन्दी छैन । नेपालको सबैभन्दा धेरै डेलिभरी हुने अस्पतालमा चिकित्सकको दरबन्दी ३५ जनामात्र हुनु दुखद हो । हाल करार गरी १०० जनाभन्दा बढी चिकित्सकले काम गरिरहेका छन् ।

> ४१५ बेडको अस्पतालमा काम गर्ने कर्मचारी आठ सय रहेका छन् । अस्पताल डिजिटल प्रविधिमा गइसकेको छ तर त्यसका लागि जनशक्तिको कुनै दरबन्दी छैन ।

अहिले नयाँ भवनको सेवा विस्तार भएपछि कर्मचार झन् अपुग हुने बताउँदै डा गौतम भन्छन्, 'अस्पताल राम्रोसँग चलाउन अस्पतालको पुनःसंरचना गर्नुपर्छ । लोकसेवाबाटै स्थायी कर्मचारी राख्नुपर्छ । समितिले राखेका कर्मचारीलाई पनि स्थायी बनाउने प्रक्रिया गर्नुपर्छ । सुविधा बढ्यो, जनशक्ति अपुग छ ।'

हाल प्रसूति गृहमा १८२ जना नर्सिङ स्टाफ कार्यरत छन् । हरेक २४ घन्टामा ६० जनाको डेलिभरी हुने गरेको छ, त्यसका लागि पर्याप्त मात्रामा नर्सिङ जनशक्तिको कमी छ । भएका नर्समा पनि ६० जना पनि स्थायी छैनन् । विद्यार्थीहरु र करारमा आएका नर्सहरुले सहयोग पुऱ्याइरहेका छन् । प्रसूति गृहकी नर्सिङ प्रमुख आशालक्ष्मी प्रजापति नर्सिङ जनशक्तिमा कमी भए पनि गुणस्तरमा कहिल्यै नचुकेको बताउँछिन् ।

पूर्व नर्सिङ प्रशासक मैयाँ मानन्धर पनि पुरानो दरबन्दी भएका कारण समस्या रहेको बताउँछिन् । उनी भन्छिन्, 'भूकम्पका बेला व्यवस्थापन गर्न निकै गाह्रो भएको थियो तर पनि हरेस नखाई काम गर्‍यौं । सरकारले तोकेअनुसार यति बिरामीलाई यति नर्स भनेर छैन ।

टेस्टट्युब बेबी सेवा नयाँ भवनमा सार्दै

टेस्टट्युबसम्बन्धी सेवा दिने प्रसूति गृह

एकमात्र सरकारी अस्पताल हो । विसं २०७० सालमा प्रसूतिमा आइभिएफ प्रविधि आएको हो । अहिलेसम्म १५४ जनाले उपचार लिएका छन् । डा उषा खाँडका अनुसार २०७२ सम्म १७ औँ ब्याच गरिएकोमा भूकम्पपश्चात २ ब्याच गरिएको थियो । तर त्यति सन्तोषजनक परिणाम आउन सकेन ।

भूकम्पपश्चात टेस्टट्युबको सेवा दिने भवन भत्किँदा सेवा प्रभावित भएको थियो । त्यो भवन भत्किएपछि ओपिडी भवनमा सेवा सञ्चालन गरिएको थियो । तर ठाउँ अभावले सफल हुन सकेन ।

कुपन्डोलमा ३० करोडको लागतमा बनेको भवनबाट सेवा दिने तयारी गरिँदै छ । यसका लागि एक जना चिकित्सक भारतको चेन्नइबाट फेलोसिपका लागि आउँदै छन् । दुई/तीन महिनाभित्रै सेवा सुरु गरिने डा उषा श्रेष्ठ खाँडले जानकारी गराइन् । २४सै घन्टा ३६५ दिन नै सेवा दिने अस्पतालले जनाएको छ । १ लाख ६० हजारमा टेस्टट्यूब बेबीको सेवा उपलब्ध छ ।

आइयुआई सेवा भने २०६३ सालदेखि सुरु भएको हो । अहिले यस सेन्टरमा १० जना कर्मचारी कार्यरत छन् । डा खाँडका अनुसार भवन विस्तार भएपछि थप जनशक्तिको आवश्यकता हुनसक्छ । उनका अनुसार सेवा विस्तार भएपछि थप सेवाग्राही लिने लक्ष्य छ । उनले आइभिएफका लागि १०० जना जति पेन्डिङमा रहेको जानकारी गराइन् ।

अस्पतालको आफ्नै जमिनमा टेस्टट्युब बेबी र प्रमाणपत्र तहको मिडवाइफ्री नर्सिङ कलेजका लागि रु.३० करोड लागतमा भवन निर्माण गरिएको छ । कुपन्डोलमा रहेको सो भवनमा नर्सिङ क्याम्पस तथा आइभिएफ सेन्टर सञ्चालनको लागि तयारी पूरा हुन लागेको छ ।

फोहोरमैलाबाट दैनिक ५० हजार आम्दानी

फोहोरमैला व्यवस्थापनको पाटोमा प्रसूति गृहले राम्रो काम गरेको छ । बेस्ट अटोक्लेभ मेसिन प्रयोग गरेर फोहोर व्यवस्थापन गरिन्छ । यो मेसिनले फोहोरमा रहेको इन्फेक्सन हटाउँछ । अस्पतालले सिरिन्ज, सेनेटरी प्याड, कपासलगायत फोहोर संकलन गर्छ । अस्पतालले फोहोरको राम्रो उपयोग गरेको छ । निर्देशक डा गौतमका अनुसार यसले दैनिक २ सय किलो फोहोर व्यवस्थापन गरेर ५० हजारको फोहोर बेच्नुका साथै बायोग्यास पनि उत्पादन गर्दैआएको छ । पहिला फोहोर व्यवस्थापनका लागि महानगरपालिकलाई पटकपटक गुहार्नुपर्थ्यो ।

उपकरणको सवालमा पनि अस्पतालले राम्रो सेवा दिइरहेको डा गौतम दाबी गर्छन् । पहिला दिनको १०० जना जतिको अल्ट्रासाउन्ड गरिन्थ्यो भने अहिले दुई/तीन सय जनाले यो सेवा पाइरहेका छन् । ल्याब अपग्रेड गर्नुका साथै एमआरआई थप्ने लक्ष्य रहेको डा गौतमले जानकारी दिए । पहिला परिवार नियोजन र गर्भपतन सेवा छुट्टाछुट्टै स्थानमा सञ्चालन गरिएकोमा हाल दुवैलाई संयुक्त रुपमा सुरु गरेको उनले बताए ।

अस्पतालले महिलामा हुने क्यान्सरको सबै सेवा उपलब्ध गराएको छ । त्यसैगरी अस्पतालले किशोरकिशोरीका लागि विशेष सेवा दिनुका साथै किशोरकिशोरीमैत्री सेवा दिने स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम पनि दिंदै आएको छ । अस्पतालले अहिलेसम्म देशभरका ५० ब्यजालाई यस्तो सेवा दिन स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम दिइसकेको छ । हाल प्रदेशमा किशोरकिशोरमैत्री स्वास्थ्य सेवा दिन तालिम भइरहेको छ । त्यसका लागि प्रशिक्षक पनि पठाइरहेको छ ।

अस्पतालको बलियो पक्ष ल्याप्रोस्कोपी सर्जरी पनि हो । महिनामा करिब १० जनाको यसको सर्जरी हुने गरेको छ । अस्पतालको आफ्नै फार्मेसी सञ्चालनमा छ । सुरुवाती दिनमा दैनिक ४० हजारको आम्दानी हुने गरेकोमा अहिले २ लाख आम्दानी हुने गरेको छ ।

अस्पतालले (प्राइभेट क्लिनिक) इएचएस सेवा पनि नियमित चलाइरहेको छ । पैसा खर्चिन सक्नेले यो सेवा लिन सक्छन् । अस्पतालले शैक्षिक कार्यक्रम पनि सञ्चालन गराइरहेको छ । डा गौतमले वार्षिक १७ देखि १८ चिकित्सक उत्पादन हुँदै आएको बताए । दक्ष प्रसूतिकर्मी उत्पादनका लागि अहिले अस्पतालले स्नातक तहको पढाइ पनि सुरु गरिसकेको छ । पहिलो ब्याचका विद्यार्थीहरु प्राक्टिकल गर्दैछन् ।

डा गौतम जनशक्ति र बजेटको कमीले चुनौती थपेको बताउँछन् । उनले प्रसूति गृहलाई उदाहरणीय बनाउन सरकारले दायित्व बढाउनुपर्ने बताए । ●

प्रि नेटल टेस्टको सुविधा भए अझ राम्रो


डा लता बज्राचार्य
पूर्व निर्देशक, प्रसूति तथा स्त्रीरोग अस्पताल

मेरो कार्यकालमा अस्पताल राम्रैसँग चलेको थियो । मुख्य कुरा कम जनशक्तिको समस्या अहिले पनि छ । बिरामीको चाप बढी छ । चिकित्सक तथा नर्सहरु कम छन् तर पनि काम सबैले राम्ररी नै गरिरहेका छन् । मेरो ठूलो इच्छा आपतकालीन अवतरणको लागि हेलिप्याड बनाउने तथा विभिन्न सेवामा सब स्पेसलाइजेसनको सेवा विस्तार गर्ने थियो । भविष्यमा यी कुरा भए अझ राम्रो हुने थियो । त्यसैगरी एउटा स्त्रीरोग अस्पतालमा प्रि नेटल टेस्ट अनिवार्य हुनुपर्छ, जुन यहाँ छैन । त्यो चाहिँ हुनुपर्छ । हाम्रै पालामा टेस्टट्युब बेबी सेवाको अवधारणा आएको हो । अरु देशमा बाहिर निकै महँगो छ यो प्रविधि तर हामीले यहाँ सस्तोमा गरेका छौँ । अस्पताल पछाडि वैकल्पिक बाटो बनाइयो भने सेवाग्राहीलाई अझै सजिलो हुने छ । साथै चिकित्सक तथा नर्सिङ स्टाफहरुलाई तालिमको कमी छ ।

> टेस्टट्युबसम्बन्धी सेवा दिने प्रसूति गृह एकमात्र सरकारी अस्पताल हो । विसं २०७० सालमा प्रसूतिमा आइभिएफ प्रविधि आएको हो । अहिलेसम्म १५४ जनाले सेवा लिएका छन् ।

बिरामीको अनुपातमा नर्स कम छन्


आशालक्ष्मी प्रजापती
नर्सिङ प्रमुख, प्रसूति तथा स्त्रीरोग अस्पताल

बिरामीको चापअनुसार नर्सको अभाव छ । एक जना नर्स बराबर दुई जना बिरामी हुनुपर्ने हो, तर नर्सको जनशक्ति अपुग छ । एउटै नर्सले धेरै बिरामी हेर्नुपर्ने अवस्था छ । तर अपुग भए पनि काम सबैले दिलोज्यानले गरिरहेका छन् । नयाँ भवन बनेपछि ठाउँको हिसाबले भने अलि सजिलो भएको छ ।

धेरै बिरामी हुने हुनाले बिरामीको आवश्यकताअनुसार परामर्श सन्तोषजनक रुपमा दिन सक्दैनौं । अहिलेको अवस्थामा ५० जना नर्सको कमी छ भने मिडवाइफहरु पनि आवश्यक छ ।



'ला... अब मेरो करिअर सक्कियो'

'अस्पतालको भुइँमा सुतिएको हुन्थ्यो, बिहानै चार बजे पोछावाला 'उठ्नु, उठ्नु' नत्र जिउमै पोछा लाउनुपर्ला भन्दै आइपुग्थिन् । कम्ती रिस उठ्थेन त्यतिबेला ।'

■ अनिल यादव/काठमाडौं

'ला... अब म अपांग भएँ । मेरो करिअर सक्कियो । अब अभिनय गर्न सक्दिनँ होला । खुट्टा भाँचिएको मान्छेलाई कसले फिल्म खेलाऊला र ?'

सात महिनाअघि जब अभिनेता विपीन कार्की मोटरसाइकल दुर्घटनामा परे, त्यतिबेला उनका मनमा यस्तै कुराले घर जमाइसकेका थिए । अस्पतालको अप्रेसन थिएटर पुग्नुअघिसम्म उनलाई पटकपटक लागिरहेको थियो, 'मेरो जिन्दगीका स्वर्णिम दिनहरू अब सक्किए । अब त चाहेर पनि मैले जीवनमा केही गर्न सक्दिनँ होला ।'

त्यो दिन २०७५ मंसिर ०४ गते थियो । त्यो बिहान 'जात्रैजात्रा'को सुटिङ बालाजुमा भइरहेको थियो । जसमा विपीन प्रमुख भूमिकामा अभिनय गरिरहेका थिए । उनलाई लिन डेरासम्मै गाडी आउने तयारीमा थियो ।

तर, बाइकका सोखिन उनलाई गाडी कुरिरहन मन लागेन । बाइकमै निस्किए सुटिङतर्फ । टेकु पुलमा पुग्नेबित्तिकै एउटा बाइक अनियन्त्रित तरिकाले आएको देखे । अलिकति साइड लाउन खोज्दै थिए, उनकै खुट्टातिर आएर ठ्याङ्गै ठोक्किइहाल्यो ।

विपीनलाई लाग्यो- खुट्टा भाँच्चियो । दुख्यो पनि तर उनी बाइकमै रहे, लडेनन् । उता हान्ने मान्छे भागिसकेको थियो । यता विपीनले खुट्टा टेक्न खोजे, सकेनन् । बेहोस पनि भएनन् । मनमा अनेक तर्कना खेले ।

'अरे, यत्रो खुट्टा भाँच्चिदा पनि म बेहोस भइनँ,' दुर्घटना हुनासाथ तत्काल मनमा खेलेका कुरा सम्भिन्छन्, 'यसो आँखा छाम्छु, आँसु पनि आ'को छैन । फेरि मनमनै सोच्छु, यत्रो डेन्जर कुरा हुँदा पनि आँसु आँउदैन त यार ! फिल्ममा भए त आँसु निकालेर धुरुधुरु रुनुपर्ने हुन्थ्यो । हामीले गरिरहेको अभिनय कति यथार्थपरक रै'छ, थोरै महसुस पनि गरायो ।'

त्यतिबेला उनले ढलीढली भए पनि मोबाइल निकालेर फिल्मको प्रोडक्सन म्यानेजरलाई फोन गरे । विडम्बना, दुर्घटना भएको निकै समयसम्म उनलाई उठाउन कोही आएनन् । सबै आउँथे, हेर्थे, विचरा भन्थे अनि जान्थे । अति भएपछि, गुहार माग्न थाले, 'प्लिज मलाई उठाइदिनुस्, बचाइदिनुस्, ट्याक्सीमा हाल्दिनुस् ।'

बल्ल उनी वरिपरि रहेकाहरूको सहयोगमा उठे । अनि पुगे नजिकै रहेको बल्खुस्थित वयोधा हस्पिटल ।

सिधै इमरजेन्सी वार्डतिर लगियो । यो बेलासम्म उनले श्रीमती, नजिकै बस्ने दिदी र फिल्म युनिटलाई दुर्घटनाबारे जानकारी गराउन भ्याइसकेका थिए ।

विपीनकै भाषामा भन्नुपर्दा अप्रेसन थिएटरमा पुग्नुअघिसम्मको समय उनका लागि 'एक्सिडेन्टको संक्रमणकाल' थियो । शारीरिक र मानसिक दुवै रूपमा सबैभन्दा बढी पीडा भागेको समय पनि त्यही थियो ।

अस्पतालको बेडमा लगेर भ्रmार्दाभ्रmार्दै 'जात्रैजात्रा'को टिम त्यहाँ आइसकेको थियो । विपीन ठानिरहेका थिए, उनका कारण सारा फिल्म युनिटलाई अब असर पुग्ने भयो । निर्माताको लगानी डुब्ने भयो । त्यहीबेला डाइरेक्टर र प्रोड्युसर आएर सान्त्वना दिए, 'यो फिल्म ठूलो कुरा होइन, सन्चो भएपछि गरौंला । मुख्य कुरा तिम्रो हेल्थ हो । त्यसैले फिल्मको तनाव नलेऊ ।'

अप्रेसन थिएटरमै सेल्फी

दुर्घटना बिहानको समयमा भएकाले विपीनले केही खाएका थिएनन्, सिवाय चिया । त्यसैले त्यही दिन तत्काल उनको अप्रेसन हुने भयो । इमरजेन्सी वार्डबाट सिधै अप्रेसन थिएटरमा लगियो ।

अप्रेसन थिएटरमा पुगेपछि बल्ल उनको मनले राहत महसुस गऱ्यो । त्यो पनि जब डाक्टरले उनलाई हौसला दिए, 'कस्ता-कस्ता खुट्टा मैले जोडिसकेँ, तपाईंलाई केही पनि हुँदैन, खुट्टा जस्ताको तस्तै हुन्छ, टेन्सन नलिनुस् ।'

डाक्टरले नै त्यसो भन्दिएपछि त कसको आत्मविश्वास नबढ्ला र ! उनको पनि बढिहाल्यो ।

अप्रेसन थिएटरभित्रको उनको अनुभव पनि कम रमाइलो छैन । दुइटा सुई लाउनेबित्तिकै उनलाई खुट्टामा केही गरेजस्तो महसुस भएन । हाँस्दै सम्भन्छन्, 'मजा आउँदो रै'छ । नर्सहरू त्यस्तै मिलनसार !'

सिकर्मीले काठको काम गर्दाजस्तो ठ्याङठ्याङ

आवाज आएपछि उनी चिकित्सकसँगै जिस्किएछन्, 'यो अप्रेसन भन्या त फर्निचरको कामजस्तै रै'छ त !'

डाक्टरले हाँस्दै जवाफ दिएछन्, 'फर्निचरभन्दा हार्डजोर्नी त झनै डेन्जर हो नि ।'

यसरी जिस्कँदा-जिस्कँदै अप्रेसन सकिएछ । त्यसपछि नर्स र डाक्टरले अनुरोध गरेछन्, 'एउटा सेल्फी खिचौं है ।'

'अप्रेसन थिएटरको त्यो सेल्फी म कसरी बिर्सूं ?' विपीन अहिले पनि ठट्टा गर्छन् ।

आमाको गुनासो

विपीनले आफू दुर्घटनामा परेको खबर विराटनगर रहेकी आमालाई सुनाएका थिएनन् । कारण, गाली खानुपर्ला भन्ने डर !

बच्चाबेला हात काट्दा, लड्दा पनि उनलाई उपचारभन्दा बढी चिन्दा आमाबाले थाहा पाउलान् कि भनेर हुन्थ्यो । एकपल्ट बकैनाको रुखबाट झरेर चोट लाग्दाको घटना पनि उनले बिर्सिएका छैनन् । भन्दै थिए, 'त्यतिबेला आफूलाई खुट्टाबाट रगत बग्दा पनि बाउले देख्लान् या आमाले कराउलिन् कि भन्ने डर हुन्थ्यो ।'

अहिले पनि त्यही बाल्यकालकै प्रभाव होला, आमाले विपीन दुर्घटनामा परेको खबर मिडियामा समाचार पढेर थाहा पाउनुपर्‍यो । विराटनगरबाटै दाइ पनि आमालाई थाहै नदिई सुटुक्क अस्पताल आइपुगेछन् ।

यो सब थाहा पाएपछि आमा रिसाइन् । आमा रिसाएको विपीनले थाहा पाए । त्यसपछि अप्रेसन गरेको भोलिपल्टै पहिलो कल आमालाई गरे ।

'म त तेरो कोही रै'नछु, तँ दुर्घटनामा परेको खबर पनि अरूबाट थाहा पाउनुपर्ने' भन्दै गुनासो गरिन् । विपीनले 'त्यस्तो होइन' भन्दै सम्झाए । आमा न हो, फकिन पनि समय लागेन ।

हस्पिटलमै अभिनय

विपीनको १२ दिने हस्पिटल बसाइ कम अविस्मरणीय रहेन । उनले सोचेका थिए- अब पढ्न बाँकी पुस्तक यतै सकाउँला । श्रीमतीले किताब पनि ल्याइदिइन् । तर, प्रशंसकको प्रेमले उनको त्यो चाहना पूरा हुन दिएन ।

दिनहुँ १ सयभन्दा बढी प्रशंसक उनलाई भेट्न आउँथे । उनलाई भेट्न आउने हुल देखेर अस्पताल प्रशसन नै तनावमा पर्‍यो । भेटघाटको नियम नै परिवर्तन भयो । अस्पताल प्रशासन मात्रै होइन, भेट्न आउनेको संख्याले विपीन स्वयंलाई तनाव हुन्थ्यो ।

'पिसाब फेर्नलाई पनि प्रोगाम बनाउनुपर्थ्यो,' उनले सम्झिए, 'कतिखेर यो मान्छे जाला अनि पिसाब फेर्छु भनेर प्लान बनाउनुपर्थ्यो । त्यस्तै खाजा खाने, खाना खाने सबै कतिखेर को गएपछि गर्ने भनेर तयारी गर्नुपर्थ्यो ।'

भेट्न आउनेको हुलदेखि हस्पिटलमा काम गर्ने गार्डसम्म आजित भइसकेका थिए । एकपल्ट त विपीनकी श्रीमतीलाई नै ढोकामा रोक्दिएछन् । अनि थर्काएछन्, 'तपाईंको मान्छे मात्रै भिआइपी, अरू चाहिँ भिआइपी होइनन् ?' पछि श्रीमतीले त्यही कुरा विपीनलाई सुनाइन् । सुनेर रिस होइन, बरु हाँसो उठेछ ।

अस्पताल रहुन्जेल उनलाई भेट्न बाहिरका मान्छे मात्रै होइन, भित्रकै नर्स, डाक्टर र बिरामीसमेत आउँथे । नियमित हेरचाह गर्ने नर्सले पनि उनलाई अनुरोध गर्थिन्, 'मेरो साथी तपाईंको फ्यान हो, तपाईंसँग फोटो खिच्छ रे ।'

कतिपय नर्सले आफ्नो 'प्रोफाइल' बलियो बनाउनका लागि विपीनलाई हेरचाह गरिरहेको तस्बिरसम्म खिचाएछन् । 'म अस्ट्रेलिया जाँदैछु, सेलिब्रेटीलाई हेरचाह गरेको तस्बिर धेरै काम लाग्छ भनेर फोटो खिचाउँथे,' विपीन सुनाउँछन्, 'त्यसोभए सिरियस भा'को एक्टिङ गर्दिऊँ? भन्दै म पनि जिस्किन्थेँ। उनी क्यामेरातिर नहेर्नु भन्थिन् । आइया... भनेर सिरियस बिरामीको अभिनय गर्दिन्थें ।'

डाक्टरको झुट पनि प्यारो

विपीनलाई मान्छेहरूले झुट बोलेको मन पर्दैन । झुट कसलाई पो मन पर्छ र ? तर, कहिलेकाहीं यस्तो परिस्थिति आइदिँदो रहेछ, झुट पनि प्यारो लाग्छ ।

अस्पतालमा रहँदा डाक्टरको तालिका अनुसार सधैं औषधि खाएर सुत्नुपर्थ्यो । तर एक रात उनी सुतिरहेको वार्डमाथि नयाँ कोठाको निर्माण भइरहेको थियो । घ्यारघ्यार आवाजले उनलाई सुत्न दिएन ।

'बिरामी भएर अस्पताल गएको मान्छे झन् टर्चर पो भयो,' विपीनले सम्झिए, 'त्यसपछि भोलिपल्ट बबाल गर्नुपर्‍यो भनेर नर्स, गार्ड सबैलाई म्यानेजमेन्टको हेड बोलाउन लगाएँ । पछि डाक्टर सा'ब फलोअपमा आउनुभयो ।'

डाक्टर आउनासाथ विपीनले 'रातभरि सुत्न सकिएन' भन्दै मात्र थिए, डाक्टरले रोकिहाले र भने, 'त्यही त विपीनजी, मेरो मुनिको कोठा साँघुरो भएर माथि मेरै लागि नयाँ कोठा बनाइरहेको छ । त्यसैले तपाईंलाई डिस्टर्ब भयो होला रातभरि ।'

आफूलाई निको पार्ने डाक्टरकै कोठा बनिरहेको भनेपछि विपीनको मन पग्लिहाल्यो ।

जवाफमा डाक्टरलाई मुन्टो हल्लाउँदै भने, 'हैन, केही छैन डा'साब, ठिकै छ ।'

तर, हस्पिटलबाट डिस्चार्ज भएको दिन डाक्टरसँग बिदा माग्न उनको कोठा पुगे । त्यतिबेला थाहा भयो- डाक्टरले आफ्नो कोठा बनिरहेको भनेर झुट बोलेका रहेछन् ।

'उहाँको कोठा त ठूलो र फराकिलो रै'छ,' विपीनले भने, 'हस्पिटललाई बचाउन पो गफ दिनुभएको रै'छ । तर पनि रिस उठेन । मुस्कुराउँदै घर फर्किएँ । झुट पनि प्यारो लागेको सायद त्यहीबेला हो ।'

नतिजाबाट दंग

अस्पतालमा रहँदा डा अभय यादवले विपीनलाई भनेका थिए, 'अब ५० दिनमा मज्जाले निको हुनुहुनेछ ।' उनलाई पनि हो जस्तो लाग्यो । त्यसपछि फिल्म युनिटलाई ढुक्कसँग भने, 'ल अब ५० दिनपछि सुटिङ राख्नु, त्यतिबेलासम्म म निको भइसक्छु ।'

तर, दुई महिनाको बेड रेस्टपछि मात्रै सुटिङ राखियो । पहिलो दिन खुट्टालाई दबाब सिर्जना हुने सिन राखिएन, त्यसैले विपीनले सहजै गरे । त्यसको दुई दिनपछि अर्को सुटिङ राख्दा उनी फेरि झन्डै दुर्घटनामा परे । 'त्यसपछि डेढ महिनाबाट गर्ने भन्ने थियो तर सकिएन,' विपीनले भने, 'एकैचोटि ६० दिनपछि गरियो । मेरा डाक्टरले भनेकाले ५० दिनपछि ठमठम हिड्ूँला भन्ने लागेको थियो तर सकिएन । मेरो मनोबल बढाउन पो उहाँले त्यसो भन्नुभएको रहेछ ।'

सुटिङ अवधिभर पनि विपीनलाई एउटै कुराको टेन्सन थियो, कतै खुट्टाको कमजोरी पर्दामा देखिने पो हो कि ! त्यसैले उनी निर्देशकलाई सोधिरहन्थे, 'खुट्टा त ठिक छ नि ?' जवाफ आउँथ्यो, 'ए, गज्जब छ ।'

'तर, मलाई थाहा हुन्थ्यो उहाँ सान्तवना दिइरहनुभएको छ,' विपीनले भने ।

यति ठूलो संघर्ष र त्यागपछि तयार भएको फिल्मको नतिजा राम्रो निस्किएपछि अहिले विपीन दंग छन् । भन्दै थिए, 'फिल्म हेर्दा कतै खुट्टाको मिस्टेक देखिएला भन्ने डर लागिरहेको थियो । तर, रिलिज भइसकेपछि दर्शकहरूले 'क्या मिलाएर हिँडेको । हिँडाइमा पनि क्या ख्याल गरेको विपीन दाइले' भन्दा त कति खुसी लाग्यो-लाग्यो ।'

अहिले पनि विपीनको खुट्टा पूरै निको भइसकेको छैन । खोच्याउँदै हिँडिरहेका हुन्छन् । तर, कसैले 'अझै प्रोब्लम रै'छ है' भनेर सोध्यो भने उनी त्यसलाई सहजै स्वीकार्न सक्दैनन् । 'खोइ किन हो, मनले हो भन्न सक्दो रहेनछ,' विपीनले हाँस्दै स्वीकारे ।

कुरुवा बस्दाबस्दै 'भष्मे डन'

फिल्म 'पशुपतिप्रसाद' हेर्नुभएको छ भने पक्कै विपीनले निर्वाह गरेको 'भष्मे डन' क्यारेक्टरलाई ख्याल गर्नुभएको होला । यो क्यारेक्टरको पहिलो परिकल्पना पनि विपीनले अस्पतालमा रहँदारहँदै गरेका हुन् ।

त्यतिबेला उनकी आमा महाराजगन्जस्थित त्रिवि शिक्षण अस्पताल (काठमाडौं) मा भर्ना भएकी थिइन्, कलेजोको समस्या लिएर । १५ दिन उनी अस्पतालमा कुरुवा बसेका थिए । हस्पिटलमा उनको यो पहिलो बसाइ थियो । त्यतिबेलै उनले 'पशुपतिप्रसाद'को स्क्रिप्ट पढेका रहेछन् ।

'आमालाई भेट्न खगेन्द्र लामिछाने (फिल्मका निर्माता तथा कलाकार) आउनुभएको थियो । त्यतिबेलै उहाँले स्क्रिप्ट थमाएर जानुभएको हो,' विपीनले सम्झिए, 'भष्मे डनको क्यारेक्टर निर्माण मैले लगभग त्यहीं गरेको थिएँ । पछि दर्शकले मन पराउँदा खुसी लाग्यो ।'

विपीनले हस्पिटलमा बस्नु कतिपय पीडादायी हुन्छ भन्ने पहिलोपल्ट त्यतिबेलै थाहा पाएका हुन् । कुरुवा बस्दा सबैभन्दा ठूलो समस्या सुत्नुको हुन्थ्यो । सम्झिन्छन्, 'भुइँमा सुतिएको हुन्थ्यो, बिहानै चार बजे पोछावाला 'उठ्नु, उठ्नु' नत्र जिउमै पोछा लाउनुपर्ला भन्दै आइपुग्थिन् । कम्ती रिस उठ्थेन त्यतिबेला ।'

त्यतिबेला पनि तीन वटा फिल्म त खेलिसकेका थिए उनले । तर खासै चर्चामा थिएनन् । नर्सलाई पनि केही सहयोग माग्नुपर्‍यो भने खुब अनुरोध गर्नुपर्थ्यो । 'तर यसपालि आफै बिरामी हुँदा त्यसो गर्न परेन,' विपीन दंग छन्, 'उल्टै नर्सहरू आफै मिठो-मिठो खानेकुरा ल्याइदिन्थे । मान्छेको प्रोफाइलले हस्पिटलमा ठूलो अर्थ राख्दो रै'छ । सेलिब्रेटी हुनुको फाइदा यही रहेछ ।'

अस्पतालमा आफै बिरामी भएर जाँदा होस् या बिरामीको कुरुवा भएर; यी सबै अनुभव विपीनका लागि अभिनयको कक्षा जस्तै भएछन् । भन्दै थिए, 'कलाकारिता पेसा नै यस्तै रहेछ, कुनै पनि अनुभव खेर जाँदैन । आफूले भोगिसकेको कुरा भोलि पर्दामा अभिनय गर्नुपर्दा मलाई कसैले सिकाउनुपर्दैन । आफै गर्न सक्छु । अब बिरामी या कुरुवाको रोल गर्नुपर्‍यो सायद राम्रो निभाउन सक्छु ।' ●